

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA REDUCCIÓN  
DE LA CONDUCTA AGRESIVA EN NIÑOS CON TRASTORNO  
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

**RICHARD HOWARD PIEFFER KU**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO  
DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2001**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE HUMANIDADES**

5 NOV 2001

del auto

**No. DE CÓDIGO:** 327-14-06-01-10  
**ESTUDIANTE:** RICHARD HOWARD PIEFFER KU  
**CÉDULA:** 3-58-455  
**TÍTULO AL QUE ASPIRA:** MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
**TEMA DE LA TESIS:** TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA CONDUCTA AGRESIVA EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.  
**ASESOR:** FABIO BETHANCOURT H.  
**FIRMA DEL ASESOR:** Fabio Bethancourt H.  
**FIRMA DEL ESTUDIANTE:** [Firma]  
**APROBADO POR:** \_\_\_\_\_

**DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA  
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

2001

55

## **DEDICATORIA**

**A mi esposa e hijos por la comprensión y apoyo  
dispensado durante el desarrollo de este estudio.**

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradezco al profesor Fabio Bethancourt, por su excepcional colaboración y guía acertada en la elaboración de este trabajo, también a la Fundación DA de Panamá, por haber facilitado nuestra asistencia a los seminarios de actualización promovidos por dicha organización.**

## ÍNDICE

	Págs
<b>Dedicatoria</b>	
<b>Agradecimiento</b>	
<b>Resumen</b>	
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo I: Marco Teórico.</b>	
1 1 Antecedentes	8
1 2 Marco Conceptual	11
1 3 Delimitación del Trabajo	17
1 4 Definición del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	18
1 4 1 Rasgos característicos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	20
1 4 2 Reseña Histórica de la Clasificación.	24
1 4 3 Consideraciones Causales	27
1 4 4 Prevalencia y Comorbilidad.	32
1 4 5 Evolución del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.	36
1 4 6 Evaluación y Diagnóstico	40
1 4 7 Condiciones que Pueden Causar Síntomas Similares al Trastorno de Atención con Hiperactividad	46
1 4 8 Tratamientos	47
1 4 9 Terapias Controversiales	66
<b>Capítulo II: Metodología</b>	
2 1 Planteamiento del Problema.	72
2 2 Objetivos	73
2 3 Hipótesis de la Investigación.	73
2 3 1 Variable Independiente	74
2 3 2 Variables Dependientes	74
2 4 Controles	75
2 5 Población.	76
2 6 Muestra	77
2.6 1 Sujeto #1	78
2 6 2 Sujeto #2	80

2.7 Método	81
2.7.1 Justificación del Diseño Utilizado	81
2.8 Procedimiento	85
2.8.1 Registro	86
2.8.2 Línea Base Múltiple	89
2.8.3 Tratamiento	90
2.8.4 Seguimiento	92
<b>Capítulo III: Resultados.</b>	95
<b>Capítulo IV: Análisis.</b>	105
<b>Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.</b>	
Conclusiones	111
Recomendaciones	113
<b>Lista de Cuadros</b>	
Cuadro I Porcentajes de Confiabilidad de los Registros Efectuados en al Sujeto #1 Durante las Diferentes fases	98
Cuadro II Porcentajes de Confiabilidad de los Registros Efectuados en al Sujeto #1 Durante las Diferentes Fases	99
Cuadro III. Promedio de Frecuencias de las Conductas A <sub>1</sub> y B <sub>1</sub> en Sujeto #1 en las Diferentes Fases	100
Cuadro IV Promedio de Frecuencias de las Conductas A <sub>2</sub> y B <sub>2</sub> en Sujeto #2 en las Diferentes Fases	101
<b>Lista de Gráficas</b>	
Gráfica 1 Gráfica de los Resultados Obtenidos en el Sujeto #1 Durante las Distintas Fases	102
Gráfica 2 Gráfica de los Resultados Obtenidos en el Sujeto #2 Durante las Distintas Fases	103
<b>Bibliografía</b>	116
<b>Apéndice Descripción de las Sesiones del Tratamiento Cognitivo – Conductual</b>	122

## **Abreviaturas utilizadas**

<b>A.D H D</b>	<b>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</b>
<b>APA</b>	<b>American Psychiatric Association</b>
<b>CH A D D</b>	<b>Children and Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder</b>
<b>DA</b>	<b>Déficit Atencional</b>
<b>NIMH</b>	<b>National Institute of Mental Health</b>
<b>T.D A.H</b>	<b>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</b>

## **Resumen**

Terapia cognitivo – conductual para la reducción de la conducta agresiva en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (T D A.H.) El proceso se replicó independientemente en dos niños que provienen de condiciones socioeconómicas muy bajas, perteneciente a la población que está bajo la cobertura del Gabinete Psicopedagógico #1 de Colón. Se utilizó un diseño experimental de campo, con línea base múltiple a través de conductas, en la cual se demostró, el efecto de esta terapia. Aunque no se obtuvo una extinción total de las conductas tratadas (la agresión física y otra conducta perturbadora), estas se redujeron a niveles adaptables en el entorno escolar, familiar y social. Los resultados nos muestran interesantes posibilidades que hay que considerar en el abordaje de los niños que padecen de este síndrome.

## **Summary**

Cognitive – behavioral therapy for the reduction of the aggressive conduct in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The process was repeated independently in two children who come from very low social – economics conditions pertaining to the population under the cover of the Gabinete Psicopedagógico #1 of Colon. An experimental designs of field was used, with line bases manifold through conducts, in which the effect of this therapy was demonstrated. Although a total extinction of the conducts was not obtained (the physical aggression and another disturbing conduct), these were reduced to adaptable levels in the scholastic, familiar and social surroundings. The results show interesting possibilities to us that there are to considered in the boarding of the children who suffer of this syndrome.



# **Introducción**

## INTRODUCCIÓN

Un número significativo con tendencia creciente de casos que atiende el Gabinete Psicopedagógico N°1 de Colón, tiene como motivo principal de referencia los problemas de comportamiento acompañado de dificultades de aprendizaje

Los signos y síntomas de algunos de éstos niños cumplen con los criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad(T D A H) Sin embargo, la impulsividad y la agresividad como síntomas que acompañan algunas de tales referencia nos plantean la demanda de tratar como primera opción el problema de la conducta agresiva, porque puede representar la más seria dificultad como síntoma secundario del niño con T D A H. Esta conducta induce una situación estresante tanto para el maestro como para el padre de familia y obviamente para el niño cuya continuación en el aula escolar está sujeta a la modificación del comportamiento en mención.

El T D.A.H. está asociado frecuentemente con el comportamiento agresivo que crea dificultades sociales al niño y a sus padres, especialmente en el ámbito escolar, ya que es rechazado por sus compañeros de aula y muchas veces por el personal docente que se siente frustrado por los intentos fallidos de cambiar ésta conducta

Consideramos que el abordaje de la conducta agresiva que despliegan frecuentemente estos niños, constituye el objeto prioritario del tratamiento, ya que mejora significativamente las relaciones interpersonales y otras condiciones que facilitan el tratamiento de las otras conductas perturbadoras, que a menudo están asociadas al

TDAH. Además es el principal motivo de referencia o de atención de los docentes y padres ya que necesitan remediar los problemas que se originan de dicho comportamiento.

Cuando se logra reducir la conducta agresiva se señala inquisitivamente que el rendimiento académico es otra situación que se necesita mejorar, sin embargo las dificultades de aprendizaje que están asociadas a éste síndrome requiere en la mayoría de los niños más tiempo y trabajo especializado, y sus resultados no son inmediatamente notorios.

Este centro brinda atención a niños procedentes de escuelas públicas que representan una población que posee una serie de factores de riesgos con todas las desventajas adyacentes, y que exige la implementación de un tratamiento óptimo. Por consiguiente la terapia debe ajustarse a la realidad sociocultural de estos niños con TDAH y su comorbilidad coexistente. Por tanto nuestro enfoque de tratamiento de la agresión como conducta objeto debe ser una solución que se manifieste en un periodo relativamente breve y que se adapte a las condiciones biosicosociales del cliente. Ante tal disyuntiva, nos indujo investigar que procedimiento disponible conjugaba estas condiciones para tratar de forma inmediata el comportamiento agresivo que es lo que más impacta y produce dificultades notorias en el niño y a sus cuidadores.

Generalmente los niños despliegan algún comportamiento agresivo, pero solamente cuando la agresión es excepcionalmente severa, frecuente o crónica viene ser indicativo de un trastorno psicopatológico, Lochman, White y Wayland (1990).

Los niños con TDAH tienen un déficit en el procesamiento de la información.

social, ya que uno de los factores de las respuestas agresivas de la ira, puede ser la ausencia de la inhibición o autocontrol de dichos estados, típicamente estos niños o adolescentes responden impulsivamente en una situación social con poca reflexión acerca del contexto o escasas alternativas en las respuestas, Feinder (1990)

La impulsividad es uno de los criterios para el diagnóstico de TDAH, ésta se caracteriza por una baja en reflexión y fallas para considerar las consecuencias de una conducta (APA, 1994)

En nuestro medio los estudios que se han elaborado sobre el TDAH, se centra en la descripción del mismo o el señalamiento de las características de los niños que padecen de este trastorno. La literatura sobre el tratamiento del TDAH en nuestro país, es notable por la poca publicación al respecto, sin embargo la fundación DA de Panamá, realiza ingentes esfuerzos para concientizar a nuestra población sobre este trastorno a través de diferentes actividades que ayuden a cumplir este cometido, esto nos orientó hacia la búsqueda de un procedimiento cuya perspectiva se ajuste a las condiciones del cliente y al contexto vivencial del mismo, con ciertas características como las señaladas, por Mash, 1989 un procedimiento de tratamiento con normas operacionales que sean sensitiva a la realidad y cambios que demanda la práctica clínica, que tome en consideración los factores biosicosociales y el contexto socioeconómico, que represente un marco conceptual para designar y administrar una evaluación e interpretación de resultados y trasladar las recomendaciones al tratamiento.

La terapia propuesta esta basada en el marco conceptual cognitivo.- conductual específicamente en el autocontrol a través de la relajación, la autoafirmaciones y

autoinstrucciones como estrategias para manejar la conducta agresiva, además el manejo de contingencias en el entorno, en la cual se produce dicho comportamiento

Esta representa una alternativa que hay que considerar ya que “la opción medicamentosa no abarca toda la dimensión de conductas, el entrenamiento de habilidades sociales no se logra a través de medicamento,” Bethancourt (1998)

Este estudio se planificó originalmente por un término de seis meses, sin embargo las investigaciones de actualización sobre el tema y las exigencias de los requerimientos técnicos necesarios para la aplicación de ésta terapia demandó una extensión del periodo. Adicionalmente no se dispuso de un número de casos simultáneos con T D A H. Por otro lado algunos casos seleccionados no cumplieron los requisitos necesarios para ser incluidos en un estudio formal, debido a que presentaron dificultades en los controles que exige el diseño de este tipo de investigación y que se presentan cuando se aplica a situaciones reales. Por estas razones y otras consideraciones ajenas a la investigación nos indujo a extender este trabajo por un lapso de dos años.

La presentación de este trabajo intenta ofrecer en su capítulo primero una visión resumida y actualizada del T D A H, tales como las consideraciones causales, la prevalencia de acuerdo a distintos estudios, condiciones que generan síntomas similares a dicho trastorno y los tratamientos convencionales y controversiales utilizados para remediar el síndrome.

El capítulo segundo se concentra en la descripción del diseño y método utilizado en la investigación.

El capítulo tercero hace referencia en la presentación de los resultados.

**El capítulo cuarto describe el análisis de los resultados obtenidos**

**En el último capítulo exponemos las conclusiones y recomendaciones que se desprenden de este estudio**

# **Capítulo Primero:**

## **Marco Teórico**

## **1.1 Antecedentes**

Meinchembaun y Goodman en 1971, fueron los primeros en reportar los resultados de experimentos efectuados con niños impulsivos. Los mismos se basaron en las afirmaciones efectuadas por Williams James en 1898, en que sostenía que la autodirección verbalizada podía usarse como pensamientos que incrementaban el mantenimiento de la atención y de la inhibición de la conducta en condiciones que se requiere de estas capacidades.

En 1972, V.I. Douglas, describió este tipo de terapia como tratamiento de enseñar al individuo a “parar, ver y escuchar” desde aquel entonces la técnica ha sido modificada y los pacientes han mejorado su habilidad para modificar la conducta mediante la autoinstrucción verbalizada y práctica del rol modelo, la autorecompensa y autoelogio, como una psicoterapia breve del tipo cognitivo-conductual.

Los niños hiperactivos y agresivos han sido entrenados en estrategias de atención y autocontrol, Camp, Blom y Van Doornick (1977), Kendall y Finch (1978), también hay que considerar los aportes de los neuropsicólogos rusos, Luria y Vygotsky (1978), los cuales plantearon el autocontrol en los niños mediante la autoverbalizaciones o autoconversación.

En la década del 80 el entrenamiento en el autocontrol de la terapia cognitivo-conductual fue considerado como un tratamiento prometedor adjunto a una medicación de estimulantes, sumado al manejo de contingencias, este procedimiento constituía la terapia recomendada para los niños hiperactivos.

En 1981, R. Barkley, publicó un formato de entrenamiento para familias con



niños que padecían de T D A H. y trastorno negativista desafiante, dicho formato fue modificado en 1981 y revisado en 1997

En 1985 se publicó un manual de entrenamiento de autocontrol para niños con T D A H, cuyos autores fueron Philip Kendall y Lauren Braswell

Algunos estudios de replicación no arrojaron resultados favorables, Billings y Nasik (1985)

Ciertos hallazgos reportan que la terapia cognitiva-conductual es funcional con niños impulsivos moderados, captados a través del filtro de las aulas escolares, pero no eran exitosas en niños con grados graves de impulsividad, inatención o hiperactividad, Barkley (1991) Una revisión sobre esta literatura efectuada por Abikoff en 1987, concluyó que el beneficio de la terapia cognitiva-conductual para con los niños con T D A H incluye el entrenamiento de autoinstrucciones, autoevaluaciones, habilidades sociales y manejo de la ira

La intervención conductual y psicosocial abarca el entrenamiento de habilidades sociales, terapia familiar y manejo de contingencias en la escuela y el hogar, aunque estos procedimientos han logrado éxito en cierto término breve, en disminuir el problema de los niños y adolescentes con T D A H, no se ha dado la generalización en situaciones no entrenadas o los beneficios no se mantienen después de finalizado el tratamiento. Es necesario continuar modificando esta tratamiento para asegurar que los beneficios sean más extensivos y duraderos, Bierderman y Spencer (1995)

Ciertamente el tópico es controversial y las opiniones que provienen de líderes expertos en T D A H es considerablemente variada, Barkley (1991)

La autoinstrucción aminora los déficit principales del T D A.H, aunque solo de manera modesta e inconsistente, Dush, Hirt y Shroeder (1989), Anastopoulos y Barkley (1992) <sup>1</sup>

En su conjunto el tratamiento cognitivo-conductual tiene un resultado variable Si puede aliviarse algo es la impulsividad, pero no otros problemas, Kendall y Panichelli-Mindel (1995)

La combinación de técnicas cognitivas con otros métodos podrían facilitar en control de las conductas de agresión y de ira en los niños con T D A H , Hinshaw y Erhardt (1993) <sup>2</sup>

Los defensores de la terapia cognitiva, argumentan que las intervenciones psicosociales pueden producir beneficios a largo plazo y que estos logran mantenerse después de terminado el tratamiento Estas afirmaciones raramente son hechas a favor de las intervenciones farmacológicas, las cuales generalmente se presume que suspenden el efecto de cualquier beneficio después de suprimir su uso (Biederman, 1995)

Uno de los procedimientos más relevantes para el tratamiento de los clientes que padecen del T D A.H., consiste en la auto-regulación de la conducta instrumental mediante el empleo de “verbalizaciones internas” o “discurso privado”, Bomas, X et al (2000)

---

<sup>1</sup> Citado por Rita Wicks-Nelson y Allen Israel (1997) Psicopatología del Niño y del Adolescente Madrid Printice Hall p 234

<sup>2</sup> Idem

## **1.2 Marco conceptual**

La perspectiva cognoscitiva se originó probablemente con el filósofo estoico Epicteto (60-120), quien escribió “Los hombres son perturbados no por acontecimientos, sino por la visión que se tienen de ellos”

El modelo cognoscitivo se fundamenta en el supuesto de que las personas originan sus propios problemas y sus síntomas por la manera en que interpretan los acontecimientos y las situaciones

Tradicionalmente, los conductistas han descartado los eventos que no pueden ser observados ni medidos y no toman en cuenta como relevante los procesos mediadores internos (pensamientos percepciones y autoevaluaciones que determinan reacciones y conductas de las personas) para la modificación del comportamiento

En la década de 1970, los enfoques cognitivo conductual y cognitivo se volvieron populares y predominantes

La formulación teórica de manera sólida se inició con Kelly (1955) mediante un enfoque de “constructos personales” y su énfasis en el papel de las creencias en el cambio conductual, la terapia racional emotiva conocida popularmente como TRE de Ellis, A (1962) La meta principal de la TRE es ayudar al cliente a efectuar un cambio profundo de su filosofía el cual conlleva un importante cambio emocional y conductual La teoría cognoscitiva de Beck, A (1963, 1970) Sostiene que la manera que se piensa determina en gran parte la forma en que el individuo siente y se comporta El número de teorías actuales se han incrementado notablemente La mayoría de las teorías de

orientación cognoscitiva también son conductistas Sue, D et al (1995) todos estos enfoques se fundamentan en la premisa de que la forma en que un individuo percibe, anticipa o evalúa un acontecimiento más que el acontecimiento per se, tiene el impacto mayor en la conducta de esa persona

En adición, las teorías cognoscitivas afirman que la modificación de pensamientos y sentimientos es determinante para el cambio del comportamiento. La manera en que una persona interpreta los eventos es una función de un esquema cognoscitivo. Estos esquemas son estructuras cognoscitivas que consisten en creencias y supuestos fundamentales de la persona acerca de la forma en que funciona el mundo. Estos esquemas se desarrollan temprano en la vida, influenciada en gran parte por experiencias personales, valores y capacidades percibidas.

### **La Terapia cognitiva conductual**

Se considera que esta terapia adopta algunos conceptos de la terapia psicodinámica y varias de las técnicas de la terapia de la conducta y de la psicoterapia centrada en el cliente, esta terapia está basada en una estructura teórica amplia de la personalidad y la psicopatología, un conjunto de procedimientos terapéuticos claramente establecidos.

El objetivo principal de la terapia cognoscitiva es la supresión de los errores sistemáticos en el pensamiento mediante la corrección del procesamiento de la información defectuosa que lleva al cliente a modificar los supuestos que provocan y

mantienen las emociones y las conductas inadaptadas. Los métodos cognoscitivos y conductual, se utilizan para identificar y corregir las creencias disfuncionales y para establecer un pensamiento de acorde a la realidad. Esta terapia trata de cambiar las creencias de los clientes al presentarlas como hipótesis que se someten a experimentos conductuales acordados conjuntamente con el cliente y la terapeuta. El terapeuta cognoscitivo no les dice al cliente que sus creencias son irracionales y erróneas. Mediante preguntas lleva al cliente a identificar el significado, función y utilidad de dichas creencias y decide el cliente por sí mismo cuáles creencias mantienen y cuáles desecha.

La terapia cognoscitiva no es sencillamente reemplazar pensamientos negativos con autoafirmaciones positivas. El cambio solo se produce si el cliente experimenta excitación afectiva.

La terapia cognoscitiva está centrada en el presente, es directiva, activa y está dirigida hacia el problema y se adaptan mejor que los casos en que los problemas pueden ser delimitados y las distorsiones cognoscitivas son obvias, Engler (1996).

La terapia cognoscitiva consiste en experiencias de aprendizaje específicas, estructuradas para enseñar a los clientes a efectuar cinco funciones:

- Vigilar sus pensamientos o cogniciones negativas automáticas
- Reconocer las conexiones entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia que confirman o rechazan los pensamientos automáticos distorsionados
- Reemplazar las cogniciones prejuiciadas con interpretaciones más ajustada a la

realidad.

- Aprender a identificar y modificar las creencias la predisponen a distorsionar sus experiencias, Beck, Rush y colaboradores (1979)

**La Terapia cognitivo-conductual utiliza diversas técnicas, cognoscitivas y técnicas conductuales.**

Todos los técnicos cognitivos recalcan la importancia de la reestructuración cognoscitiva en sus enfoques de tratamiento. Se parte de la premisa de que el sistema cognoscitivo de la persona puede ser cambiado el cual produce como resultado una serie de modificaciones de conductas racionales.

Los modelos cognitivos sobre cómo los trastornos se desarrollan y se mantienen así como los tratamientos basados en este enfoque, han continuado evolucionando, Beck, A.T (1993), Mahoney, E.R (1993), Spence, S.H (1994)

Los clínicos con una orientación conductista, como Bandura, empezaron a sugerir que debía prestarse una mayor atención al papel de los procesos cognitivos, Kendall, P.C (1993), Meichenbaum, D.H (1993). Este modelo integrado se le denominó perspectiva cognitivo-conductual. Esta perspectiva sustenta que la conducta se aprende y se mantiene a través de una interacción entre el sistema cognitivo y los acontecimientos externos, y que los factores cognitivos ejercen una influencia sobre la atención a los factores ambientales y de cómo dichos acontecimientos se perciben y si estos acontecimientos influirán en el comportamiento posterior.

La investigación de Bandura (1977) sobre el aprendizaje por imitación, el programa de Meichenbaum y Goodman (1971) para enseñar a niños hiperactivos a "Pensar antes de actuar", así como el programa de Camp "Pensar en alto" para reducir el

comportamiento agresivo y aumentar la conducta prosocial en niños agresivos, Camp, Blom, Herbert y Van Doornick (1977) son algunos ejemplos de los primeros esfuerzos destinados en esta dirección

### **Técnicas conductuales**

A los clientes se les asignan tareas para efectuar en casa en el cual se enfatiza la auto-observación y la autosupervisión. En la terapia de exposición, los niveles autorreportados de tensión se revisan durante las sesiones de prácticas específicas. El cliente representa papeles o ensaya situaciones de la vida real.

### **Terapia cognitivo-conductual para niños con T.D.A.H.**

Propuesta por Braswell, Lauren y Bloomquist, Michael, 1991

#### **Resolución de problemas y entrenamientos de autoinstrucción.**

Entrenamiento del niño para hablarse a sí mismo (autoconversación) para guiarse y mediatizar su comportamiento como una manera de resolver problemas.

Los niños se repiten a sí mismos estos pasos:

- Para ¿Cuál es el problema?
- ¿Cuáles son las alternativas?
- ¿Cuál es la mejor alternativa o plan?
- Ejecutar el plan
- ¿Funciona el plan?

#### **A. Reconocimiento del problema:**

Entrenamiento del niño para entender y reconocer cuales son los diferentes tipos de problemas que existen y cuál es su participación en la causa del problema.

**B. Generación de soluciones**

Se le entrena al niño para que genere más de una posible solución ante un problema

**C. Pensando sobre las consecuencias**

Entrenamiento de los niños para anticipar las consecuencias de su conducta.

**D. Anticipando los obstáculos**

Entrenamiento de los niños para pensar en nuevos planes ante los obstáculos.

**E. Ejecución de conductas específicas**

Entrenamiento de los niños para incrementar el repertorio de habilidades

**Resolución de problemas interpersonales**

Entrenamiento a los niños para usar la autoinstrucción, verbalizando las perspectivas y las estrategias de interpretación de situación para mejorar las relaciones interpersonales con los demás niños y con los adultos

**Entrenamiento de habilidades sociales**

Entrenamiento de los niños para ejecutar conductas adaptativas específicas

**Manejo de la ira y la agresión**

Entrenamiento de los niños para usar la relajación, la ejecución de la autoafirmación y autoinstrucciones, como estrategia para el control de la ira y la agresión.

**Entrenamiento de relajación**

Entrenamiento de niños en la reducción de las señales fisiológicas a través de técnicas simples de relajación



### **Consultas de padres y maestros**

Entrenamientos de padres y maestros en terapia cognitivo-conductual en el manejo de los niños Resolución de problemas con estos niños y técnicas de modificación conductual

### **Aplicación en áreas opcionales**

Manejo de esfuerzo deficiente Entrenamiento de niños para la autoinstrucción y la presentación de autoafirmación como estrategia para manejar conducta de esfuerzo deficiente

### **Pensamientos negativos y manejo de sentimientos**

Entrenamiento de niños para reconocer y evaluar los pensamientos de autocrítica excesiva y la utilización de autoafirmaciones más adaptativas.

## **1.3 Delimitación del trabajo**

Este trabajo tiene por objeto evaluar un procedimiento que logre la reducción de la conducta agresiva en niños con T D A H, no pretendemos la eliminación o corrección del déficit subyacente, sino el manejo sintomático de esta condición. Paralelamente no se trata en forma directa con otros de los motivos principales de referencia, en este caso las dificultades del aprendizaje escolar Aunque colateralmente puede presentarse un mejoramiento académico, por la atención y el control que el niño obtiene y que va a estar relacionado, con el grado de dificultades especiales y por el nivel de habilidades intelectuales que le permita generar y usar estrategias compensatorias Casi siempre en

este aspecto la frustración continua, sino se implementa un programa de adaptación curricular que tome en consideración su condición particular de aprendizaje. Los sujetos con T D A.H., comúnmente tienen necesidades adicionales de educación especial.

La evaluación diagnóstica será pedagógica, psicológica y médica que tome en cuenta el ambiente escolar, familiar y social en que se desenvuelven los niños objetos de la investigación. Una evaluación multi e interdisciplinaria, obviamente es la óptima, sin embargo se excluye aquellas que requieren de equipos y recursos humanos que por su naturaleza es costosa e inaccesibles a los clientes que atendemos en el gabinete psicopedagógico. Además el electroencefalograma, está recomendado en los niños con referencia de crisis epilépticas, el estudio cromosómico en los niños con retraso mental y fenotipo notorio, otros estudios como scanner, resonancia magnética, tomografía axiales computarizadas, se les considera como exploraciones complementarias. Hasta el momento sólo tiene cabida en programa de investigación específica, Herranz (1999)

#### **1.4 Definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (T.D.A.H.)**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un síndrome que ha variado su definición a través de distintas épocas. Anteriormente esta condición se le denominada como “disfunción mínima cerebral”, “Hiperquinesis”, o simplemente como el “síndrome del niño hiperactivo”. Las características del comportamiento no estaban limitadas a la hiperactividad, inatención, distractibilidad, sino que incluían también las

**“Reacciones súbitas de la ira, hostilidad, inmadurez, relaciones sociales conflictivas con sus compañeros, conducta desafiante, desobediencia, comportamiento perturbador, delincuencia, asociado a la dislexia y otros problemas de aprendizaje”.<sup>3</sup>**

Estos niños tienen un rendimiento académico inferior a lo esperado, ya que su nivel intelectual no corresponde al mismo, causado por sus dificultades en la atención, lo que explica el alto índice de grados reprobados en esta población. Por otra parte su hiperactividad e impulsividad los induce a riesgos de sufrir accidentes (el doble de los sujetos que no padecen el trastorno), y de generar rechazo en las personas con las que interactúan, lo que puede provocar en ocasiones problemas de conducta severos <sup>4</sup>

Este trastorno no está relacionado con el nivel de inteligencia del niño que puede ser normal, bajo o excepcionalmente alto

En nuestro país no se les ha prestado la debida atención, quizás por la escasez de investigaciones o publicaciones generadas en nuestro medio, dedicadas a esta condición, sin embargo a partir de la creación de la Fundación DA de Panamá en 1996, se inició una mayor divulgación y un interés al respecto

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se reconoce actualmente como un trastorno de etiología desconocida de probable origen neurológico

La Fundación DA de Panamá define este síndrome de la manera siguiente

**“Es un trastorno neurocobiológico que interfiere con la capacidad del individuo para mantener la atención o concentrarse en una tarea y detener la**

---

<sup>3</sup> Paul H. Wender (1995) Attention Deficit Disorder In Adults Oxford University Press New York p 4-8

<sup>4</sup> Russell Barkley (1990) Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Hand Book For Diagnosis And Treatment New York The Guilford Press p 209-218

**conducta impulsiva. Este trastorno de bajo nivel de atención se caracteriza por niveles de atención no acordes con la etapa del desarrollo del individuo, por impulsividad y en algunos casos, por hiperactividad”.**

Como podemos observar ésta definición incluye los rasgos característicos que a continuación se exponen.

#### **1.4.1 Rasgos característicos del T.D.A.H.**

- **Dificultad para mantener la atención o para efectuar esfuerzos sostenidos en una tarea, especialmente en aquellas que le resultan aburridas o rutinarias.** Esto puede notarse cuando el sujeto pierde rápidamente el interés en éste tipo de tareas, pasando de una actividad que no ha completado a otra, perdiendo fácilmente la concentración en aquellos que requiere mayor dedicación, y dejando incompleta las tareas de rutina sino se les supervisa. En cuanto al déficit de atención los padres de estos niños se quejan que su hijo se distrae, que parece no escuchar que hay que estar sobre él para que haga las tareas escolares, que no termina de copiar las mismas y que pierde constantemente sus útiles.
- **Hiperactividad** Exceso de actividad sin meta definida o no adecuada a la situación. El permanecer sentados o quietos durante una tarea puede ser algo imposible. Muestra exceso de movimientos, por ejemplo balanceo de las piernas y de los pies, tomar y dejar objetos, cambios frecuente de posición corporal. Esta hiperactividad tienden a incrementarse cuando no están muy motivados en algo. Los

padres o maestros refieren que el niño es muy inquieto, nervioso, movedido, que es incansable, habla mucho, se levanta constantemente de su puesto y solamente puede permanecer quieto cuando esta muy entretenido en algo que le gusta.

- **Poca capacidad para controlar los impulsos y posponer la gratificación de recompensas.** Esto se manifiesta por la incapacidad de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar en las consecuencias antes de actuar; esperar su turno durante juegos, le es difícil trabajar para obtener una recompensa que se requiere esperar, prefiere elegir a otras más pequeñas pero que sean inmediatas. Debido a su impulsividad estos niños pueden cruzar las calles corriendo sin tomar precauciones por consiguiente pueden sufrir accidentes, son impacientes, muchos desean ser centro de atención, interrumpen a los demás y con frecuencias se ponen en situaciones de riesgos por no pensar antes de actuar, por otra parte su estado de ánimo es muy variable
- **Variabilidad de los síntomas de acuerdo a la situación.** Los rasgos característicos pueden variar ante diferentes entornos. Tiende a disminuir en la relación individual y ante situaciones novedosas o altamente reforzantes (videojuego). Las situaciones grupales o rutinarias no provocan interés y suelen ser las más difíciles de atender para estos niños

**Otras características diagnósticas esenciales del T.D.A.H. según el DSM-IV, incluyen:**

- Los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad deben persistir durante por lo menos seis meses y provocar maladaptaciones y ser inconscientes con el nivel de desarrollo.

- Algunos de los síntomas que causan impedimentos deben estar presentes antes de los siete años de edad
- Los síntomas producen impedimentos en dos o más ambiente (por ejemplo, en la escuela/trabajo, y en el hogar)
- Existe evidencia que la presencia de alteraciones clínicamente significante en el funcionamiento social, académico u ocupacional
- Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso del trastorno generalizado del desarrollo no especificado, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se puede explicar mejor mediante otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)

### **El T.D.A.H. y la conducta agresiva**

El déficit de atención produce u ocasiona dificultad para codificar la información de tal forma que el sujeto no percibe datos relevantes de información (error de omisión) y percibe información que no es presentada (comisión de errores o interferencias). Similares dificultades sobre la atención han sido encontradas en niños agresivos, Agrawal y Kaurhal (1988)

Dodge y Cole (1987); afirman que el agresor impulsivo puede tener muchas predisposiciones cognitivas diferentes, distorsiones y disfunciones distintas que aquellos adolescentes que exhibe cuidadosamente el uso de la agresión como instrumento y por ende requiere de otras técnicas de reestructuración cognitiva

Loney (1978), Stewart (1980), Prinz (1981), encontraron que aunque la agresividad y la hiperactividad están asociadas, no todos los niños hiperactivos son

agresivos no todos los agresivos tienen déficit de atención

De acuerdo con la APA (1999) se reporta que el 5%- 8% de los niños que tiene alto riesgo para la agresión persistente, catalogado por el DSM-IV con diagnóstico de trastorno disocial (conduct disorder) esta posiblemente asociado con T D A H, trastorno de ansiedad y trastorno relacionado con la ingesta de sustancias

La agresión es un conjunto de acciones interpersonales que consiste en un comportamiento verbal y físico que resulta destructivo o dañino tanto para personas como para objetos, Bandura (1973), Lochman (1984)

Lorenz (1968), considera que la agresión es parte de un instinto, vestigio de nuestro pasado que se desencadena por el dolor o la frustración

Christiasen y Knusman (1987), Dabbs, Jurkovic y Frady (1988), reportaron que los niños agresivos tienen mayor nivel de testosterona, la cual produce efectos sobre el cerebro, en áreas tales como el hipotálamo que está asociada con la producción de conducta agresiva

Según un estudio dirigido por el Dr Keith, Mac Burnett, psicólogo infantil de la universidad de Chicago y publicado el 14 de enero del 2000 en los anales de Psiquiatría General de E U, informa que los niños que presentan conductas agresivas y antisociales, tienen niveles menores de lo esperado de la hormona cortisol, la cual se produce durante momentos de tensión, generalmente es liberada en respuesta al temor; y los niveles bajos en los niños antisociales, indican que podrían no temer a las consecuencias de sus acciones, lo que implica que el problema tiene probablemente su origen en deficiencias biológicas

Bandura y Walters (1977), sostienen que la conducta agresiva se aprende en un contexto social mediante procesos de imitación de pautas de refuerzos y extinción

Novaco (1975), define el constructo de la ira “como una reacción afectiva al estrés ante eventos provocadores” con componentes fisiológicos y cognitivos

Furlog y Smith (1994), citaron la definición de ira efectuada por Poston, Norton y Morales quienes la definen como “un sentimiento que pueden incluir algunos pensamientos de displacer, sensaciones físicas y comportamiento, incluyendo la hostilidad, pero necesariamente no implica conducta inapropiada o destructiva

#### **1.4.2 Reseña histórica de la clasificación**

En 1980, el manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM-III), define por primera vez el síndrome, utilizando una serie de síntomas similares a los expuestos anteriormente. Se designa como el “trastorno por déficit de la atención” (conocido por ADD por sus siglas en inglés), asociándolos con otros problemas de comportamiento bajo la categoría de trastornos de la conducta.

El DSM-III, estableció que las características principales eran los síntomas de inatención e impulsividad percibida como anormales desde el punto de vista del desarrollo

La hiperactividad se describía como un signo asociado frecuentemente al trastorno pero no era considerado fundamental para el diagnóstico. Establecía que se requería al menos tres de cinco síntomas de atención, tres de seis síntomas de



impulsividad, y al menos dos de cinco síntomas de hiperactividad. Esta versión consideró que para establecer el diagnóstico la condición tenía que iniciarse antes de los siete años y tener una duración al menos de seis meses. La presencia de otras condiciones clínicas como la esquizofrenia, trastorno de tipo afectivo o retardo mental severo tenían que ser excluidas.

En el DSM-III los síntomas fueron clasificados en tres categorías: Inatención, impulsividad e hiperactividad.<sup>5</sup>

En el adulto el diagnóstico de éste síndrome se le conocía como trastorno y déficit de la atención tipo residual, y estaba a consideración del clínico determinar que tipos de comportamientos era importante mencionar cuando se tomaban en cuenta las áreas de la inatención e impulsividad en adultos.

La versión revisada (DSM III-R) publicada en 1987, anexó varias modificaciones al diagnóstico. Se le cambió el nombre al trastorno por déficit de la atención, denominándose “Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad”.

El DSM-III-R, agrupó en una sola área todos los síntomas en lugar de dividirlos en tres áreas, modificando el modelo a uno de tipo unidimensional. El clínico debía asegurarse que al menos ocho de catorce síntomas estuvieron presentes para efectuar el diagnóstico. Estos catorce síntomas eran básicamente los dieciséis descritos en el DSM III.<sup>6</sup> En el DSM-III-R, marcó un avance importante en cuanto los criterios para el diagnóstico del TDAH debido a que incluyó los siguientes puntos:

---

<sup>5</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder, 3er Edition 1980

<sup>6</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder, 3er Edition - Revised 1987

- Mayor énfasis en la falta de atención e impulsividad.
- Definición de los rasgos característicos del trastorno
- Fundamentos para la elaboración de lista específica de síntomas
- Pautas de edad para el inicio y desarrollo del trastorno
- Exclusión de otras condiciones psicopatológicas de la niñez <sup>7</sup>

El DSM-IV, editado en 1994, clasifica a la condición dentro del grupo de trastornos titulados “déficit de atención y comportamiento perturbador” corrigiendo la posible interpretación anterior del DSM-III-R que determinaba que todos los niños con la condición tenían problemas de comportamiento. Desde aquel entonces se conoce como déficit de la atención con o sin hiperactividad (AD/HD) Dividiendo los síntomas en dos grupos: desatención e hiperactividad-impulsividad. Es así que se introduce el modelo bidimensional. Cada grupo consta de nueve síntomas. Nueve síntomas de desatención en el primer grupo y seis de hiperactividad y tres de impulsividad en el segundo.

Utilizando estos dos grupos, el DSM-IV establece tres subtipos de TDAH. El diagnóstico apropiado debe establecerse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos seis meses.

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.** Esta clasificación se utiliza si al menos seis síntomas de atención y seis síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes por un mínimo de seis meses. La mayoría de los niños y los adolescentes con este trastorno tienen el tipo combinado.

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención** Este subtipo debe utilizarse si han persistido al menos seis síntomas de atención (pero menos de seis en el ámbito hiperactivo e impulsivo) están presente por un mínimo de seis meses

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo** Se utiliza cuando al menos seis síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de seis en el grupo de la atención) están presentes por un mínimo de seis meses

### **1.4.3 Consideraciones causales**

El T D A H es uno de los diagnósticos más comunes efectuados en niños, sin embargo actualmente no está claramente definida las causas de esta condición

A continuación podemos destacar

#### **Factores lesionales**

Durante los últimos decenios, se han planteado distintas teorías acerca de las posibles causas del T D A H

Una teoría que prevaleció fue que todos los trastornos de atención y dificultades de aprendizaje eran causados por lesiones imperceptibles al cerebro, posiblemente debido a una infección temprana o complicaciones en el nacimiento. Fundamentado en ésta teoría, por mucho años ambos trastornos se le denominaron como “disfunción

---

<sup>7</sup> Russell Barkley (1990) Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Hand Book For Diagnosis And Treatment. New York: The Guilford Press. p. 209-218

cerebral mínima” A pesar que distintos tipos de lesiones cerebrales pueden ser las causas de algunos trastornos de atención, esto sólo explica a un número mínimo de casos. Todos los sujetos con TDAH o dificultades de aprendizaje no tienen una historia de trauma en la cabeza o complicaciones de nacimiento. A los factores lesionales se le responsabiliza por el 15 % de los TDAH, en la que se incluye las infecciones del sistema nervioso central, los traumatismos craneales y ciertas intoxicaciones, Dubey, D (1976) y Rutter, M (1977).

Las toxinas en el medio ambiente también pueden afectar el desarrollo o los procesos del cerebro, los cuales puede llevar al TDAH.

El plomo es una posible toxina, pero solamente esto representa un porcentaje bajo.

Los primeros intentos de correlacionar la condición con un defecto de tipo neurológico se remontan a los años 1917 y 1918. Durante ese periodo se describió por primera vez este trastorno de una forma generalizada, luego de una epidemia de encefalitis letárgica “Von Economo’s encefalitis”, subsecuentemente los niños desarrollaron un cuadro semejante al trastorno conocido como disfunción cerebral mínima, en cambio los adultos presentaron un síndrome parecido al de la enfermedad de Parkinson.

### **Factores neuroquímicos y neuroanatómicos**

Este trastorno se le ha relacionado al sistema dopaminérgico y noradrenérgico, lo cual ha llevado a la hipótesis de las catecolaminas en los sujetos con TDAH. Se conoce que los estímulos externos activan tanto el sistema central de la norepinefrina

como el sistema periférico de tipo simpático

Desde el punto de vista neuroanatómico se conoce que los centros de atención en el cerebro se encuentran tanto en el área posterior del cerebro que tiene que ver con el cambio de estímulos no significativos a significativos. La sección anterior o frontal está relacionada con la parte “ejecutiva” de la atención en la cual las catecolaminas son las sustancias esenciales en la transmisión de mensajes.

Se sabe que el sistema frontal está regulado por la dopamina (DA) desde el núcleo VTA (ventral tegmental area), mientras que el sistema posterior está regulado por la norepinefrina (NE) desde el núcleo LC (Locus Cereleus). Ambos núcleos están conectados por fibras con alto contenido de serotonina (5HT). Las anfetaminas aumentan los niveles de NE y DA, actualmente se piensa que los pacientes con este trastorno tienen una deficiencia de ambos neurotransmisores a nivel cerebral, Pliska, M<sup>o</sup> Cracken y Maas (1996)<sup>8</sup>. Otros consideran que la condición está más relacionada con una disfunción de la corteza pre-frontal y por consiguiente dopaminérgico, con una contribución menor del sistema noradrenérgico.

Al medir los metabolitos de dopamina, norepinefrina y serotonina en el líquido cefalorraquídeo, plasma y orina Castellanos y colaboradores, encontraron una correlación significativa entre los niveles de estos y los registros de agresión e impulsividad-hiperactividad, Castellanos y Kruesi (1994)<sup>9</sup>. Esta correlación, ocurrió en

---

<sup>8</sup> Pliska SR, McCracken JT, Mass JW (1996) Catecholamines In Attention Deficit Disorder - Current Perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 3, 264-272

<sup>9</sup> Castellanos Fx, Kruesi ML (1994) Cerebrospinal Fluid Monoamine Metabolites In Boys With Attention - Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Research* 52 (3) 305-316

una dirección opuesta a lo esperado ya que los niveles de 5HIAA (Metabolito de 5HT) como HVA (Metabolito de DA) estaban aumentados en pacientes con niveles altos de agresión e hiperactividad respectivamente

Se ha descubierto sistemas asimétricos de control neural donde la influencia dopaminérgica está relacionada con el hemisferio cerebral izquierdo, mientras que el sistema noradrenérgico envuelve al hemisferio cerebral derecho

En concordancia con este modelo, los niveles de dopamina en pacientes con la condición están disminuidos mientras con los niveles de norepinefrina están elevados, Malone M<sup>a</sup> et al (1994)

### **Baja actividad metabólica en la corteza orbitofrontal derecha**

Mediante la utilización de la tomografía de emisión de positrones se encontraron diferencias entre adultos con TDAH y adultos sin el síndrome. Zametkin y su equipo en 1990 midieron el nivel de glucosa utilizada por las áreas del cerebro que inhiben los impulsos y controlan la atención. La glucosa es el recurso principal de energía del cerebro, de manera que al medir la cantidad utilizada es un buen indicador del nivel de actividad cerebral. Las personas con TDAH, las áreas que controlan la atención utilizaron menos glucosa, lo cual indica que fueron menos activas. Esto parece indicar que un nivel menor de actividad en algunas partes del cerebro puede causar falta de atención. Sin embargo los estudios posteriores del Dr. Zametkin concluyeron que “no hay diferencias estadísticamente significativas” entre los cerebros de los niños normales y los niños diagnosticados con TDAH, por consiguiente la causa principal del

trastorno permanece sin clara definición <sup>10</sup>

### **Alergia a ciertos alimentos y aditivos**

Esta teoría sostenía que el azúcar refinada, los aditivos, los colorantes y silicatos podían provocar comportamientos hiperactivo o distractibilidad en los niños. En 1982 el NIMH (National Institute of Mental Health de E U) Presentó un informe después de una gran cantidad de estudios y análisis de datos en la cual concluyó que una dieta restringida sólo parecía ayudar a un 5% de niños con T D A H La mayoría de estos niños eran menores de cinco años y con alergias a las comidas.<sup>11</sup>

### **Factores hereditarios**

Las investigaciones que se han efectuado muestran que el 20% y el 32% de los parientes con 1º grado de consanguinidad (padres y hermanos) del paciente presentan el mismo trastorno, Biederman (1990)

Desde el punto de vista genético, los estudios efectuados en norteamérica parecen mostrar una fuerte tendencia hereditaria del trastorno Se ha estimado que la probabilidad de heredar esta condición si uno de los padres sufren de ella es de 55% a 92% La concordancia entre gemelos monocigóticos es de 51% y para los dicigóticos es de 33%, Goodman R (1989) <sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Citado en Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33 6 August 1994  
Reduced Brain Metabolism In Hyperactive Girls

<sup>11</sup> National Institute Of Mental Health. E U Nº 97-3572-s 1996 p 7-8

<sup>12</sup> Goodman R. Stevenson J (1989) A Twin Study Of Hyperactivity II The Aetiological Role Of Genes, Family Relationships, and Perinatal Adversity Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30 691-709

### **Factores psico-sociales**

Se ha demostrado que no inciden como factores causales, Barkley (1985), sin embargo son responsables del curso y pronóstico que seguirá el trastorno, ya que los problemas severos de conducta y la baja autoestima se relaciona con ellos Bon C y Mahon R (1984).

No todos los niños de hogares inestables o disfuncionales padecen de familias disfuncionales (NIMH, 1996)

Se considera que la etiología biológica es la principal del T.D.A.H., sin embargo algunos investigadores reconocidos sostienen que la variables psico-sociales no pueden descartarse, ya que están implicadas en la formación de las conductas perturbadoras y en su mantenimiento a través del tiempo

#### **1.4.4 Prevalencia y comorbilidad**

##### **Prevalencia**

El T.D.A.H. ha emergido como uno de los diagnósticos más comunes entre los trastornos de los niños de edad escolar La verdadera incidencia del T.D.A.H es desconocida aunque algunos investigadores han reportado que es tan elevada como un 20%, Dingle, D y Barkley, R., (1992) Un estimado más razonable, está probablemente en el rango de 3% al 5%, esta cifra se menciona con frecuencia en los E U

En otros países existen variaciones en la frecuencia con que se realiza el



diagnóstico y la medicación del síndrome. Es conocido que los clínicos británicos no diagnostican la condición tan frecuentemente como los estadounidenses, probablemente debido al sistema clasificatorio utilizado, Prendergast M. et al (1988)

En el Reino Unido se menciona que el 1% de los niños presentan esta condición.

El Dr Christopher Green, pediatra de Australia, cree que el 2% de los niños escolares en dicho país, padecen de este trastorno

En otro extremo países como Taiwan, han demostrado poseer tasa de incidencia más elevada, por ejemplo, la prevalencia del TDAH entre los niños de escuela primaria en la provincia de Kaohsiung es de 9.9%, Wong YC et al (1992) <sup>13</sup>

La alta proporción reportada en la literatura médica sugiere que el TDAH está siendo sobre diagnosticado. La utilización de un criterio de diagnóstico específico puede ayudar a evitar este problema, Burnstein (1998)

Hay que mencionar que en las investigaciones se reportan una variabilidad significativa en la prevalencia del trastorno. Esto se debe a diferencias de metodología, así también como a los instrumentos de evaluación que varían con el tiempo. Por ejemplo la escala de Conners, versión abreviada para maestros que es una de las más utilizadas en los EU, se efectuaron estudios con el instrumento en 1974, se recomendaba en aquel tiempo, que los resultados con una puntuación igual o mayor de 15 era indicativo de un niño "hiperactivo", Sprague, R L (1974)

En 1985, otro estudio revisó el instrumento y concluyó que la puntuación fallaba

---

<sup>13</sup> Wong YC, Chong My, Chow WJ, Yang GL (1993) Prevalence Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Primary School Children In Taiwan. Journal of The Formosan Medical Association 92 (2) 133-138

en determinar qué niños eran predominantemente inatentos y quienes eran impulsivos, la puntuación para el diagnóstico era muy baja y por consiguiente la escala era demasiado sensitiva en la detección del síndrome, Ullman, R.K., Sícator, E.K. y Sprague R.L (1985)<sup>14</sup>

El cambio de los criterios de clasificación introducido por las distintas versiones del manual diagnóstico y estadístico publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, causan variabilidad en los estudios de prevalencia. Cuando se compara la cantidad de niños diagnosticados en una muestra escolar utilizando los criterios del DSM-III-R y la del DSM-IV, se puede notar un incremento de hasta un 57% en la cantidad de niños con el trastorno, Wolraich M.L y Hannah J.N (1996)

El trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con una proporción de 4:1 si la población es general y de 9:1 si la población es clínica (DSM-IV)

En nuestro país es un diagnóstico que se está considerando con mayor frecuencia, gracias a los esfuerzos de la Fundación DA de Panamá y de algunos profesionales que apoyan esta organización. Pero consideramos que en nuestro medio aún, gran parte de los niños no son identificados adecuadamente lo cual hace que no reciban los tratamientos correspondientes o que estos se le brinde en forma incompleta y por consiguiente no son suficientemente eficaces.

---

<sup>14</sup> Citado por Claudio Michanie (1996) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica N°2-1996 p 7

### **Trastornos psicopatológicos asociados con T.D.A.H.**

Los estudios efectuados por el Dr. Biederman, de la Unidad de Psicofarmacología Pediátrica del Hospital General de Massachusetts, en Boston, encontró una correlación significativa con trastornos de conducta disocial, trastorno negativista desafiante, depresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje y otras condiciones como retardo mental, síndrome de Tourette y trastorno límite de personalidad, Biederman (1991).<sup>15</sup>

Algunos estudios señalan que el T.D.A.H. se presentan combinados con otros trastornos en proporción elevada como depresión mayor 30% , trastorno por ansiedad 25%, conducta disocial 20% - 40% y problemas específicos de aprendizaje 20%, Semrud, Clikeman y Biederman (1992).

Desde el punto de vista clínico la comorbilidad tiene influencia diagnóstico pronóstico y tratamiento.

La mayoría de las personas con cualquier tipo de T.D.A.H. también experimentan dificultades emocionales, cognitivas y de comportamiento que no están en el listado de síntomas del T.D.A.H.

Arriba del 50% de los pacientes diagnosticados con T.D.A.H.; cumplen con los criterios para uno o más trastornos psiquiátricos, Halperin, Newcorn y Sharma (1991).

Trastorno de depresión, trastorno de aprendizaje y trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de agresión y de comportamiento y trastorno de sueño son

---

<sup>15</sup> Biederman J., Newcorn J., Sprich (1991). Comorbidity Of Attention Deficit Disorder With Conduct, Depressive, Anxiety And Other Disorders. American Journal Of Psychiatry. 148:5 May 1991. Review p. 564-577.

reportados como asociados al T D A H, Biederman (1991), Wilens (1994)

Los sujetos con T D A H que padecen de otros trastornos asociados pueden experimentar grandes dificultades en la escuela, trabajo, humor y en las relaciones sociales, lo cual implica la necesidad de tratamientos diferentes o adicionales, Brown, T (1994) <sup>16</sup>

En un estudio de seguimiento de 84 pacientes con diagnóstico con T D A H cuyas edades oscilaban entre 4-14 años efectuado de 1983 – 1994 por el Dr Alejandro Monterola de Chile<sup>17</sup>, encontró que 25 pacientes o sea el 29 7% tenían manifestaciones asociadas a la dislexia, con alteraciones emocionales, psico-sociales o conductuales. También reportó que el 46 de los 65 niños con edades superior a los 9 años presentaban excesiva agresividad en todo momento y lugar, es decir un 54 8%

#### **1.4.5 Evolución del T.D.A.H.**

##### **Curso evolutivo**

Las características clínicas del T D A H varían con la edad. Los niños con este trastorno crecen hasta llegar a ser adultos y continúan con síntomas de déficit atencional. Hay que tomar una consideración que los adultos ya están más socializados que los niños y que algunos comportamientos del T D A H, como la hiperactividad son menos intensos en esta etapa.

---

<sup>16</sup> Thomas E. Brown. The Many Faces Of ADD. Comorbidity. CHADD. 1994. p 5-7

<sup>17</sup> Alejandro Monterola (1999) Déficit Atencional e Hiperactividad (DAH). En I. López y J. Foster, et al (editores) "Síndrome de Déficit Atencional Neurobiología, Diagnóstico y Tratamiento". Chile. Editorial Universitaria, p 235

La presentación clínica del T D A H, no es exactamente igual para todos los sujetos y ésta varía a través de la vida de una persona

- **De 0 a 2 años** Descargas mioclónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos breves de sueño y despertar sobresaltado, demanda irregulares a los cuidados habituales, reacción excesiva a los estímulos auditivos e irritabilidad
- **De 2 1/2 a 3 años:** Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y tendencia a sufrir numerosos accidentes
- **De 4 a 6 años** En este periodo el comportamiento del niño se caracteriza por ser impulsivo, desobediente, tiene problemas de relaciones sociales, desatentos y están en constante movimiento
- **Edad de 7 a 12 años** A las descripciones anteriores se les adjunta progresivamente, problemas de ansiedad y estrés como consecuencias de los castigos excesivos que recibe ya sea por su desobediencia y por los primeros fracasos escolares (Grupo Albor- COHS, 1995)
- **En la adolescencia** La hiperactividad y la impulsividad se mantienen, la inatención hacia experiencias no excitantes hacen que perciba los trabajos escolares como aburridos. Suelen caminar lento o ser desorganizados y malhumorados en las mañanas. Su comportamiento suele ser opuesto a esto, si espera participar en una actividad excitante
- **En la adultez** La inquietud se manifiesta por movimientos rítmicos de la pierna, tocar tambor con las manos e incansable, la impulsividad se muestra en forma

de la desorganización, inatención hacia la experiencias no excitantes o rutinarias, dificultad para dormir en las noches, episodios de comportamiento explosivo como abuso a la esposa y niños, gritos y golpes, emocionalmente negativo sin explicación, irritabilidad o fácil frustración ante asuntos menores (ADD Medical Treatment Center of Santa Clara Valley, 1999)

### **Prognosis**

En concordancia con dos estudios de seguimiento de poblaciones de pacientes con T D A H a través de un periodo de 15 a 18 años, efectuados en Canadá (Weiss G y Hechtman L 1986, 1987) y en Estados Unidos (Gittelman R y Mannuzza S , 1985) <sup>18</sup>

Se encontró la siguiente información cuantitativa

#### **Adolescencia**

- 70% - 80% Continúan con los criterios para T D A H
- 35% Reprobaron al menos un año escolar
- 45% Presentaron trastornos severos de comportamiento El consumo del Alcohol y drogas ilegales, se da en una proporción de casi 5 veces mayor que el resto de los adolescentes

Se presenta el triple de accidentes de autos en comparación con el resto de la población de la misma edad

---

<sup>18</sup> Citado por Claudio Michame Op cit p 3

### **Adulthood**

- 50%-65% Continúan reuniendo los criterios diagnósticos
- 79% Presentan síntomas de tipo neurótico somatización, depresión y ansiedad
- 75% Refieren tener problemas interpersonales
- 40% Tienen dificultad para mantener su puesto laboral
- 25% Presenta conducta antisocial.
- 5% Pudo completar un programa universitario
- 10% Intentaron suicidarse en un lapso de 3 años

Sin embargo con ayuda apropiada de los padres y especialistas, los niños con TDAH, se tornan más capaces de disminuir su hiperactividad y dirigirlos a comportamientos aceptables socialmente

Todas las personas con TDAH cuentan con talentos y habilidades que pueden encauzarlos hacia una vida productiva. De hecho, muchas personas con TDAH consideran que sus esquemas de comportamiento le dan ventajas únicas y a veces no reconocidas

Muchos tienden hacer extrovertidos y dispuesto a la acción. Debido a su impulso para buscar momentos de emoción, muchos tienen éxitos en negocios, deportes construcción, oratoria. Aprovechando su habilidad para pensar en muchas cosas a la vez, algunos han logrado reconocimiento como artistas e inventores. Muchos seleccionan trabajo que les proporciona libertad para moverse y liberar excesos de energía. Otros encuentran forma de ser efectivos en carreras más tranquilas y sedentarias. A la mayoría de las personas no se les suprimen los síntomas del TDAH con la edad, pero sí

aprenden a adaptarse y experimentan una vida plena. Esto no significa que el TDAH se cura, sino que el individuo ha logrado adaptarse desarrollando sus fortalezas (NIMH, 1996)

### **Factores que inciden en el pronóstico**

- Un buen nivel socioeconómico y educativo de la familia y un mejor cociente intelectual, están relacionados positivamente con el desempeño académico y un menor índice de trastornos de conductas graves, Fischer, M y Barkley R (1993) <sup>19</sup>
- Comorbilidad con otros trastornos de comportamiento o con dificultades específicas de aprendizaje
- El grado de agresividad está relacionado con un pronóstico desfavorable en las áreas académicas y social y con mayor riesgos de adicciones y comportamiento delictivo
- Aceptación de TDAH por los padres, colegio o ambiente social
- El diagnóstico y la iniciación del tratamiento
- Desajuste familiar, aumenta el riesgo de trastornos emocionales y de conducta en estos niños, Pfiffner, J E (1988)

---

<sup>19</sup> Fischer, M, Barkley, R (1993) The Adolescent Outcome Of Hyperactive Children: Predictors Of Psychiatric, Academic, Social And Emotional Adjustment. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 32, 324 – 332



#### **1.4.6 Evaluación y diagnóstico**

La valoración del niño con probabilidad de padecer el síndrome de T D A.H debe tener en primera instancia el reconocimiento del T D A H como un trastorno cuyas características y complejidad deben condicionar su estudio y tratamiento. Antes de llegar al diagnóstico se debe evaluar al niño de manera global, no sólo debe verse los problemas, también debe considerarse las fortalezas del paciente.

Previamente debemos tomar en cuenta los siguientes aspectos aunque las características fundamentales del T D A.H no son difíciles de identificar en el hogar o en el aula escolar. Debemos tener presente que no todos los niños que son hiperactivos, impulsivos o distraídos tienen un trastorno de déficit atencional.

Estos síntomas pueden ser consecuencias de otros factores tales como la frustración ante tareas escolares difíciles, la falta de motivación antes actividades rutinarias o poco excitantes, las preocupaciones emocionales y ciertas condiciones médicas. Para tener la certeza que la causa de los problemas del niño sea el déficit atencional y no otras condiciones o circunstancias se debe efectuar una valoración que incluya, psicólogos, médicos y personal escolar, tales como maestros y especialistas en el aprendizaje.

Debemos tener presente que no existe ninguna prueba de laboratorio o escala descriptiva que por si sola pueda diagnosticar el T D A H de una forma válida y segura, sin embargo existe una variedad de procedimientos de valoración que integrados proporcionan la información requerida para efectuar un diagnóstico, Parker, Harvey,

(1995)<sup>20</sup>

### **La historia clínica del niño y su familia**

Generalmente existen coincidencias significativas en los historiales de los niños con T D A H. y de sus parientes, en las descripciones del comportamiento de estos de acuerdo a las escalas evaluativas de la conducta, el desempeño en la escuela y su comportamiento en el ambiente social, inclusive en los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas y educacionales específicas. Toda esta información integrada nos guía a un diagnóstico más confiable. El diagnóstico temprano del niño, permite la intervención terapéutica a tiempo. A medida que se incrementa la conciencia de los diferentes especialistas, maestros y padres en relación al T D A.H., serán más los niños y adolescentes que se podrán evaluar y diagnosticar y por ende será factible la administración del tratamiento apropiado.

### **Valoración médica**

Examen físico de rutina. Generalmente los resultados de exámenes físicos a niños con sospecha de tener T D A.H. suelen ser normales, pero se requiere para descartar la posibilidad de que exista otra enfermedad o condición médica que podría mostrar síntomas similares a los de T D A.H. Aunque no existe ninguna prueba de laboratorio específica para diagnosticar el T D A.H., el médico puede recomendar la aplicación de ciertas pruebas de laboratorio para determinar el estado general de salud.

---

<sup>20</sup> Parker, Harvey. Assessment Of Attention Deficit Disorder- A Team Approach. CHADD. Er Box, verano 1995. p. 3-4.

del niño.

Existen exploraciones complementarias, que son excepcionales ya que no se ha podido demostrar ningún dato objetivo relacionado con el diagnóstico de TDAH. De hecho el electroencefalograma sólo está indicado en los niños con referencias de crisis epilépticas, el estudio cromosómico en los niños con retraso mental y fenotipo notorio, otros estudios como scanner, resonancia magnética, tomografías axiales computarizadas, sólo tienen cabida hasta el momento en programas de investigación específicos, Herranz, L. (1999)

### **Valoración psicológica**

El psicólogo clínico escolar está facultado para la aplicación o interpretación de pruebas psicológicas y educativas que pueden proporcionar información relevante en cuanto a la capacidad intelectual del niño, su capacidad de razonamiento, la utilización del lenguaje, la impulsividad, la capacidad de atención, la conducta emocional y el desarrollo perceptivo

El requerimiento de tales pruebas están sujetos a los problemas que experimente el niño. Si los datos escolares reportan que el niño puede tener problemas con el aprendizaje, se recomienda pruebas que identifiquen dificultades en esta área. El psicólogo administra pruebas para medir el funcionamiento intelectual, el desempeño académico y las habilidades perceptivas tales como la capacidad visomotora, la memoria, etc.

Los niños con problemas emocionales se les puede aplicar pruebas para detectar como el niño se percibe a sí mismo y a los demás

El psicólogo puede solicitarles a los padres que llenen cuestionarios acerca del comportamiento del niño antes situaciones diferentes

Las pruebas de desempeño continuo computarizados proporcionan información sobre la capacidad de atención del individuo, su tiempo de reacción y el control de impulsos. Algunas de las pruebas de desempeño computarizadas más conocidas son Sistema diagnóstico de Gordon, Prueba de Variaciones de la Atención (TOVA), Prueba de Desempeño Continuo de Conners

Los psicólogos y otros especialistas utilizan las escalas evaluativas de la conducta que los padres y maestros registran, a través de la observación directa del comportamiento del niño en su ambiente natural, ya sea en la escuela o en el hogar

Algunas de las escalas evaluativas más conocidas para valorar el T D A H son

- Escala Evaluativa de Conners para Maestros (CTRS)
- Escala Evaluativa de Conners para Padres (CPRS)
- Cuestionarios sobre situaciones en el hogar
- Cuestionarios sobre situaciones en la escuela
- Formulario de Evaluación en versión Doméstica de Stephen Mc Carrey
- Escala Evaluativa ADHA, etc

### **El niño y la valoración**

La entrevista clínica ofrece la oportunidad del especialista para observar la conducta del niño y puede aportar información relevante en cuanto la adaptación social emocional del niño.

Debido a que el grado de inquietud exhibido por los niños con T D A.H varía

con la situación, el típico examen efectuado por el clínico en la oficina, generalmente no ayuda al diagnóstico a menos que la hiperactividad sea completamente obvia ya que la mayoría de los niños con T D.A.H. en tal situación puede controlar su comportamiento y desempeñarse bien. Por otro lado la conducta inapropiada en la oficina clínica puede deberse a la ansiedad y no necesariamente es indicativo de este síndrome. Por consiguiente la historia clínica minuciosa es fundamental, con una atención centrada en la evolución de los síntomas a través del tiempo, la dinámica familiar y social, el desempeño escolar, desde la perspectiva académica y social, Burnstein, L. (1998)

En una forma resumida podemos señalar que el diagnóstico del T D A.H. se realiza basándose en el registro de los síntomas observados en situaciones diferentes. El diagnóstico adecuado debe considerar los siguientes aspectos:

- Historial médico y familiar completo
- Examen físico
- Entrevistas con los padres, el niño y los maestros del niño
- Escalas evaluativas de la conducta registradas por los padres y maestros
- Observación del niño durante el juego y en las tareas académicas
- Valoración psicológica para medir la inteligencia, el desempeño académico y habilidades perceptivas y la detección de discapacidades específicas de aprendizaje

Hay que tener presente que generalmente los niños con T D A.H. se comportan bien ante nuevas situaciones especialmente en la relación con una sola persona. Por consiguiente el especialista experimentado sabe que no puede basar su diagnóstico únicamente en el comportamiento del niño durante la entrevista, Burnstein, L. (1998),

Herranz, L (1999).

Los exámenes médicos sofisticados como por ejemplo el E E G , tomografía axial computarizada, resonancia magnética, etc No constituyen parte de la evaluación rutinaria, pero se utiliza más que nada para propósito de investigación especial

#### **1.4.7 Condiciones que pueden causar síntomas similares al T.D.A.H.**

Múltiples condiciones pueden provocar comportamientos semejantes al T D A H el miedo permanente y ataques a su integridad, pueden hacer que el niño se muestre demasiado inquieto, peleador, impulsivo, o distraído

Una enfermedad infecciosa crónica en el oído medio puede causar que un niño presente una conducta distraída

Los factores que causan tensión psicosocial como por ejemplo, un ambiente familiar en la cual los niños son maltratados, con padres adictos ya sea a drogas o alcohol, el divorcio, la muerte de un ser querido, rupturas en el ambiente (tales como cambio de residencia o escuela) u otros desastres pueden ocasionar síntomas de falta de atención, impulsividad y sobreactividad, los cuales señala que está enfrentándose a un problema emocional y no se debe a T D A H

Bajo estas circunstancias, los síntomas generalmente surgen repentinamente y por lo tanto no tendrán una historia de antecedentes remotos Por supuesto el niño puede tener T D A.H., y al mismo tiempo experimentar tensión psicosocial ante tales eventos, esto no significa que debemos descartar automáticamente la existencia de T D A H

Comportamientos semejantes a este trastorno pueden ser consecuentes con una situación de frustración en el aula Los niños que tienen dificultades de aprendizaje con

frecuencia se muestran inquietos y distraídos. Igualmente las tareas que son muy difíciles o fáciles pueden inducir al niño a la frustración o al aburrimiento.

La atención y el comportamiento en clase de algunos niños mejoran cuando la estructura de la clase y las lecciones son adaptadas a las condiciones emocionales, nivel pedagógico y estilo de aprendizaje de los estudiantes, también hay que tener presente que durante ciertas etapas del desarrollo, la gran mayoría de los niños tienden a ser distraídos, hiperactivos o impulsivos, pero no significan que padecen del TDAH.

Los niños de edad preescolar poseen mucha energía y se muestran inquietos en diferentes ambientes pero esto no indica que son hiperactivos.

Muchos adolescentes atraviesan por una etapa en la cual se muestran desordenados, desorganizados y rechazan la autoridad. Esto no es motivo para considerar que es un problema crónico en cuanto al control de los impulsos.<sup>21</sup>

#### **1.4.8 Tratamientos**

En la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo para este trastorno, pero sí existen medidas terapéuticas eficaces para reducir la presentación de los síntomas y por ende minimizar los problemas de adaptación a las exigencias sociales y académicas que comprometen el bienestar del niño y su familia y complican el pronóstico, Barkley, R., (1990). Además de que no existe ninguna cura tampoco se cuenta con un tratamiento rápido para el TDAH, la mayoría de los especialistas

---

<sup>21</sup> National Institute Of Mental Health. (1996) E U N°97 3572-s p 5-6

concuerdan que la terapia multimodal o multiprofesional intensiva en la que se incluye las distintivas intervenciones psicoterapéuticas como el apoyo psicopedagógico y el asesoramiento familiar y en muchos casos el abordaje farmacológico, constituyen la mejor opción de tratamiento.

**Condición previa para el tratamiento: Aceptación y Comprensión del T.D.A.H. por parte familiar**

El niño con T D A.H provoca reacciones negativas frecuentes en sus padres, quienes empiezan a tener sentimientos de culpa, debido a sus frustraciones y a sus rechazos recurrentes. Los padres suelen repetidamente decidir ser pacientes y empezar cuantas veces sea necesario, sin embargo pronto retornan con mayor ímpetu a sus actividades de intolerancia. Los otros familiares vecinos y maestros atribuyen al comportamiento anómalo a la “mala crianza”, a la “sinvergüenzura” al trato demasiado “suave” de los padres. Los padres entonces proceden a experimentar varias recetas y más tarde recurren de un consultorio a otro en busca de ayuda eficaz.

Debemos tener presente, que en las inadaptaciones en los diferentes ambientes, nos concentramos en cambiar al niño, sin embargo olvidamos cambiar aspectos del ambiente, incluyendo nuestras acciones y reacciones.

Cuando los adultos que están a cargo del niño comprenden la naturaleza del trastorno, entonces estarán dispuestos a modificar las situaciones que faciliten el comportamiento adecuado. Al lograr la comprensión del síndrome se consigue modificar la manera de considerar la conducta del niño. Este cambio facilita la implementación de otros componentes del sistema de control del T D A.H.



La comprensión del niño con T D A.H , no significan que los padres desistan de su obligación de disciplinarlo En el libro *Your Hiperactive Child*, de Barbara Ingersoll, expone **“El padre que se limita a darse por vencido y deja a su hijo hiperactivo a rienda suelta, no le hace ningún favor. Como cualquier otro niño, el hiperactivo necesita disciplina firme y que se le muestre respeto como persona. Esto significa que hacen falta límites, recompensas y castigos apropiados”.**

La revista *Phi Delta Kkappan* dice “Los médicos, psicólogos, autoridades escolares y maestros tienen obligación, ante el niño y los padres, de explicar que el diagnóstico de T D A.H no da licencia al muchacho para salirse con la suya, sino que es un dato necesario para dar la ayuda debida al niño en cuestión”

Los niños con T D A H pueden tener una vida sumamente difícil

A menudo tienen problemas en la escuela ya sean académicos o de relaciones sociales con sus compañeros Pueden pasar horas de martirio cada noche luchando para concentrarse en un tema de ejercicio o en una tarea y al día siguiente fracasar u olvidarse llevar la tarea a la escuela Estas frustraciones diarias no son fáciles de afrontar e induce a algunos niños a un comportamiento desafiante, agresivo y destructivo Algunos convierten esas frustraciones en malestares físicos, tal como dolor de estómago todos los días antes de ir a la escuela También es difícil tener una hermana(o) o compañero de clase que se enoja fácilmente, le saca los juguetes o sus cosas y los pierde

Los niños que conviven en la escuela con un compañero con T D A H también se frustran ya que se pueden sentir descuidados por que sus padres y maestros que tratan de arreglárselas con el niño hiperactivo como de lugar Pueden sentir rencor y enojo hacia el hermano o hermana, ya que jamás concluye sus deberes en el hogar o sentirse abusados por un compañero de clase Esto produce confusión ya que su amor fraterno es

puesto en duda y el deseo de llevarse bien con su compañero es obstaculizado por el rechazo. En los padres puede producir enojo y gritos ya que el niño está lleno de actividades descontroladas, deja todo desordenado, coje rabietas, no hace caso o no sigue indicaciones.

Los padres se sienten impotentes o inseguros. Los métodos usuales de disciplina, tales como razonamiento y retos o amenazas no funcionan con este niño, ya que en realidad él no elige actuar de estas maneras. Es sólo que su autocontrol es variable. A causa de estas frustraciones, los padres reaccionan aplicándoles palizas, le ridiculizan y le gritan al hijo a pesar de que saben que no es lo adecuado. Su reacción deja a todos más alterados. Entonces los padres se culpan a sí mismos por no ser mejores padres ya que consideran que ha fallado en algo, para algunos niños el ser regañados es la única atención que reciben. Si son hiperactivos se les tilda de malos o se les castigan por ser destructivos. Si son extremadamente desorganizados y desatentos como para terminar tareas, se les considera haraganes. Si cogen las cosas impulsivamente, interrumpen o empujan a sus compañeros de clase lo cual puede generar problemas en la escuela o con las autoridades.

Las frecuentes frustraciones diarias conforman una autoimagen de vagos anormales o estúpidos. A menudo el ciclo de frustración, culpa, enojo persiste por mucho tiempo y por consiguiente se requiere un periodo largo para poder eliminarlo. Tanto los padres como los niños pueden requerir ayuda especializada para el manejo del comportamiento, el adiestramiento en destrezas sociales, aprender a identificar y aumentar sus fortalezas, a controlar su agresión y atención.

Debido a que el problema afecta a la familia del niño con T.D.A.H., esta puede necesitar ayuda para todos sus integrantes

El terapeuta facilita a la familia a identificar e utilizar procedimientos para el manejo de las conductas perturbadoras y a promover el cambio. Cuando el niño es pequeño, el terapeuta trabaja mayormente con los padres para proveerles de técnicas que ayuden a mejorar el comportamiento del niño

Existen varios enfoques de intervención como también distintos terapeutas con sus preferencias. Estar informados de los distintos tipos de intervenciones ayuda a la familia a seleccionar el terapeuta que se ajusta a sus necesidades

### **Tratamiento cognitivo-conductual.**

El tratamiento conductual del T.D.A.H. se basa en el manejo de las consecuencias ambientales. La meta primordial está orientada a aumentar la conducta apropiada y disminuir la conducta alterada y suponer que estas dependen de factores, acontecimientos o estímulos presentes en el ambiente. Por tanto, al controlar las circunstancias ambientales es posible reducir, alterar y mejorar el comportamiento del niño. Cuando una conducta es seguida de consecuencias ambientales favorables, se mantiene en el repertorio de comportamientos habituales del niño. Consecuentemente, en los casos de T.D.A.H., la atención diferencial que prestan los adultos, actúa como reforzador, ya sea en el hogar o escuela.

Los niños con T.D.A.H. responden mejor en un ambiente estructurado y predecible. En este procedimiento las reglas y expectativas son claras y consistentes, y las consecuencias se acuerdan previamente y se cumplen inmediatamente.

Cuando los adultos relevantes en la vida del niño cumplen con lo que han dicho que van a hacer y lo aplican en forma consistente para que el niño comprenda que su palabra es confiable, entonces le están proporcionando las consecuencias para reforzar al niño a seguir comportándose en forma adecuada y a la vez no estimular la conducta indeseable

El tratamiento conductual requiere practica, paciencia y consistencia.

Los terapeutas entrenados en el tratamiento conductual suelen utilizar cuadros para la modificación de la conducta. Los cuadros están diseñados para que el niño adquiera una imagen clara de la conducta esperada. De esta manera, el niño tiene la opción en sus manos de decidir si va cumplir con aquellas expectativas o no. A través de las consecuencias dadas por los padres o maestros, el niño se da cuenta si su comportamiento es apropiado o no. Los cuadros constituyen una alta motivación y le permite al niño desarrollar un sentido interno de autocontrol, que él puede, comportarse de manera adecuada.

Los programas más efectivos combinan los sistemas de cuadro que funcionan basándose en ganar y perder fichas (estrellitas, caritas alegres u otras figuritas engomadas). En este sistema el niño recibe una ficha al comportarse adecuadamente y pierde una ficha al comportarse inapropiadamente.

Para establecer un programa con la implementación del cuadro de modificación de conducta, se recomienda seguir las indicaciones que a continuación se exponen<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> David Rabiner (1999) Behavioral Treatment For ADHD: A General Overview. Friday's Progress Notes. News Letter. Vol 2 Issue 36

- Elabore un listado de las conductas inapropiadas o aquellas que el niño necesita mejorar
- Seleccione las conductas que desean cambiar. Los padres y/o maestros, con la participación del niño, revisan el listado de conductas indeseables y seleccionan tres-cinco conductas para trabajarlas simultáneamente. Las conductas elegidas deben ser aquellas que ocurren diariamente como, por ejemplo prepararse a tiempo para la escuela, hacer la tarea, cepillarse los dientes antes de dormir, etc
- Diseñe un sistema de premios. Los padres y/o maestros necesitan poner atención a la conducta del niño a través del día y aplicar el refuerzo cada vez que el niño se comporta adecuadamente, al final del día las fichas pueden ser cambiadas por premios tales como ver televisión, una golosina de su preferencia, jugar con mamá o papá por 15 minutos, etc. Hay que tener presente que la recompensa es efectiva sólo si tiene algún valor para el niño
- Diseñe el programa de manera que el niño tenga buena oportunidad de experimentar éxitos iniciales. Esto es importante para mantener e incrementar la motivación.
- Asegúrese de proveer importante cantidad de reforzadores sociales junto con recompensas tangibles. Es una manera de aumentar en su niño el deseo de complacerlo a usted y aumentar la cantidad de sentimientos positivos entre usted y su hijo
- Consistencia, para que el programa pueda tener éxito, usted tendrá que aplicarlo consistentemente. Si usted aplica el programa un día y al día siguiente no lo hace y

se niega a darle recompensa cuando se la ha ganado, es una forma segura de hacer fallar el procedimiento. No piense que está sobornando a su hijo por el hecho de recompensarlo por cosas que de todas maneras tienen que hacer. Los padres usualmente se preocupan, ya que consideran que dar recompensas por las conductas apropiadas, no es más que un soborno. Sin embargo enfóquelo desde el punto de vista de que su hijo tiene la oportunidad de ganar privilegios adicionales por comportarse de una manera madura y cooperativa.

- Sea claro sobre el comportamiento que espera del niño para ser recompensado y asegúrese de que el niño entienda que consecuencias negativas obtendrá, sino completa estas expectativas
- Asegúrese que la expectativa que tenga para su hijo sea razonable y prepárese para el fracaso en caso tal no logre las expectativas, posiblemente estas no sean apropiadas para la edad del niño. Por ejemplo castigar a un niño de 5 años por no sentarse tranquilo en la mesa por una hora puede generar problemas ya que la mayoría de los niños de 5 años no pueden mantener esa conducta.
- Los niños con T.D.A.H. trabajan mejor con metas a corto plazo en vez de metas a largo plazo. Por ejemplo la recompensa diaria funciona mejor que reforzarlo el fin de semana.
- Los niños con T.D.A.H. requiere que se le recuerde con más frecuencia sobre lo que se espera de ellos y que pueden obtener al cumplir las expectativas
- Tenga presente que los niños con T.D.A.H. usualmente requieren cambios frecuentes en el programa de recompensa para mantenerlos motivados

- No espere o exija perfección, por más pequeño que sea el mejoramiento es un progreso

### **Castigo**

Los niños con T D A H responden mejor a la motivación y al esfuerzo positivo. Cuando sea necesario utilizar el castigo hágalo ocasionalmente. Recuerda que el castigo utilizado como única estrategia, usualmente es inefectivo a parte de las consecuencias indeseables.

Los procedimientos de castigos nunca favorecen el establecimiento de hábitos deseables, Klein, S B (1994), Magaz, A y García, P (1998)<sup>23</sup>

### **Tiempo fuera de reforzamiento (time out)**

Cuando el niño se comporta de forma indeseable, el “time out” o intervalo es una manera de controlar el problema. Esto significa que el niño se le retira de la situación y se le ubica en un lugar predeterminado por un periodo breve de tiempo. Se recomienda utilizar un lugar que este un poco alejado de la actividad, por ejemplo se le puede asignar una silla especial como la silla para el “time out”. La ubicación para el “time out” no debe ser un lugar que cause trauma, como el armario o un sótano. El objetivo del intervalo es darle al niño la oportunidad de recuperar el control de sus emociones. En general el niño debe quedarse tranquilo durante cinco minutos. Los niños preescolares deben estar tranquilos por dos o tres minutos. Para los niños más pequeños (de dos a tres años) 30 segundos a 1 minuto es lo recomendable.

Fundamentalmente la psicología conductual ha ofrecido técnicas de control

---

<sup>23</sup>Enfócate (1999) Programa de Entrenamiento en Focalización de la Atención

instrumental a través del manejo de consecuencias (premios – castigos)

El refuerzo positivo, el tiempo sin reforzamiento (time - out) y los acuerdos de conducta entre padres e hijos o bien entre docentes y alumnos son las estrategias más utilizadas y la de mayor éxito para lograr estos objetivos, García Pérez (1998)

Finalmente debemos considerar que aunque el manejo conductual es una de las mejores estrategias para los padres, existen algunas limitaciones

- 1 Los jóvenes con TDAH no aprenden con recompensas y castigos tan fácilmente como los otros niños, estas técnicas son menos efectivas con este tipo de pacientes
- 2 Las técnicas de manejo conductual que eran efectivas durante la niñez no funcionan bien con los adolescentes. Ya que muchos adolescentes que han pasado por programas conductuales están saturados de “gráficas y estrellas”. Como adolescentes, se pueden rebelar contra aquello que perciben como una constante manipulación, Dendy (1995).<sup>24</sup>

### **Técnicas cognitivas**

Dentro de las técnicas cognitivas consideramos el entrenamiento en autoinstrucciones y el método de resolución de problemas

Las técnicas cognitivas parten de la premisa de que los niños tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se necesitan para ejecutar adecuadamente las tareas escolares o que se requieren para relacionarse apropiadamente. Por consiguiente,

---

<sup>24</sup> Chris Zeigler Dendy (1995) *Teenagers With ADD: A Parent's Guide* p. 80-81



se estima que sus perturbaciones y comportamientos anómalos son consecuentes a las deficiencias cognitivas que les caracterizan

El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en modificar las verbalizaciones internas que el sujeto emplea cuando ejecuta una tarea y reemplazarlas por verbalizaciones que son adecuadas para lograr su éxito. El objetivo de la técnica no es enseñar al niño qué tiene que pensar sino cómo ha de hacerlo. Básicamente el método consiste en aprender un procedimiento apropiado, una estrategia para resolver las fallas y afrontar apropiadamente nuevas demandas ambientales.

En cuanto al método de resolución de problemas podemos mencionar dos técnicas: la de la tortuga y el entrenamiento en solución de problemas interpersonales. La técnica de la tortuga contempla además modelado y relajación y tiene como finalidad enseñar a los niños a auto controlar sus conductas perturbadas, impulsivas e hiperactivas.

De manera sucinta el procedimiento consiste en identificar y delimitar el problema actual, plantear las posibles alternativas de solución y elegir aquellas que son las más apropiadas, después de ser valoradas por sus consecuencias y resultados. Finalmente en la fase de ejecución de la solución seleccionada, se verifica sus resultados a partir de los cambios o mejoras obtenidas.

El entrenamiento en solución de problemas interpersonales aplicados con niños impulsivos buscan disminuir sus dificultades de adaptación social, mediante el aprendizaje de estrategias cognitivas que le faciliten analizar los problemas interpersonales, escoger soluciones eficaces y ejecutarlas en el ámbito de sus

interacciones sociales. Fundamentalmente el niño aprende a pensar antes de actuar de tal forma que pueda regular su comportamiento ante una tarea o en sus relaciones interpersonales.

Los métodos de entrenamiento de los niños con TDAH tienen como objetivo desarrollar hábitos de conducta como el control de la hiperactividad, culminar sus tareas o la adquisición de estrategias cognitivas que la faciliten la regulación de su comportamiento atencional.

En general, los programas basados en la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas tienen efectos favorables en el TDAH. Su inclusión en el tratamiento multimodal es imprescindible para lograr un control exitoso de los síntomas de dicho trastorno.

### **Intervención educativa**

Muchos niños con TDAH experimentan mayores dificultades en la escuela, donde se requiere mayor atención y control de impulsos y habilidades motoras para lograr éxito en las actividades académicas. Aunque el TDAH no impide el aprendizaje, sí interfiere en el rendimiento escolar. Mientras más pronto se aplican las intervenciones educativas, mayor serán los resultados. Estas deben ser iniciadas cuando los problemas de rendimiento académico sean notorios y no se deben postergar.

A continuación se presentan sugerencias específicas para la intervención educativa basadas en el diseño de Sydney Zental, 1991.

### **Abordaje para actividad excesiva**

- Trate de canalizar la actividad hacia vías aceptables. Por ejemplo, en lugar de

tratar de eliminar la sobreactividad de alumno, los maestros pueden orientar la actividad en el salón de clases, permitiendo que los alumnos se pongan de pie mientras trabajan en sus pupitres, especialmente al final de la tarea. Utilice la actividad como recompensa por ejemplo, para reforzar la conducta apropiada, el maestro podría permitirle hacerle un mandado, limpiar el tablero, organizar el escritorio del maestro, arreglar las sillas en el aula escolar.

- Utilice repuestas activas como instrucción. Las actividades de enseñanza que fomentan respuestas activas tales como la participación oral, movimiento, organización o trabajo en el tablero sirve para ayuda a muchos alumnos con TDAH, al igual que escribir y pintar.

### **Abordaje para la dificultad de esperar**

- Dele al niño la oportunidad de hacer actividades motoras o verbales mientras el niño espera su turno. Por ejemplo enseñarle al niño a continuar las partes más fáciles de la tarea (o una tarea que sirva de sustituto) mientras espera la ayuda del maestro.
- Cuando sea posible permita que el niño sueñe despierto o prepare una planificación mientras espera. Por ejemplo, al niño se le puede permitir que dibuje o juegue con masilla mientras espera, o se le puede guiar para que subraye o escriba instrucciones u otra información pertinente.
- Cuando la inhabilidad de esperar se convierta en impaciencia o una actitud autoritaria, fomente el liderazgo. No piense que las declaraciones o conductas impulsivas sean intencionalmente agresivas. Sugiera actividades o conductas alternativas (por ejemplo; que lea una frase o reparta papeles a los otros alumnos de

la clase) Es importante notificarle al alumno cuando una tarea va a resultar difícil o requiere mayor control de su parte

**Indicaciones para la falta de atención necesaria para completar tareas o actividades rutinarias.**

- Disminuir la duración de la tarea. Ejemplo fragmentar la tarea para ser completada en diferentes horas o asignar menos problemas matemáticos
- Asegúrese que las tareas sean interesantes Los maestros pueden aumentar el interés en las tareas permitiendo que los niños trabajen junto con sus compañeros o en pequeños grupos Combinar las actividades de mayor interés con aquellas de menor interés

**Indicaciones para remediar el incumplimiento de asignaciones escolares.**

- Incremente en general el interés de las tareas y brinde la oportunidad al niño de escoger entre ellas Los maestros pueden permitirle al estudiante con TDAH seleccionar entre algunas tareas, temas y actividades Es de utilidad que los maestros determinen cuales actividades prefiere el alumno para utilizarlas como incentivos
- Asegúrese que las tareas estén dentro de las habilidades de aprendizaje del alumno y de su estilo preferido para responder
- Existe mayor probabilidad de que los alumnos completen las tareas si tienen la oportunidad de efectuarlas de diferentes maneras (por ejemplo, escribiendo las tareas a máquina en el computador o en cinta magnetofónica) y cuando la dificultad varía. No todas las tareas tienen el mismo nivel de dificultad. Es importante cerciorarse que el motivo por el cual el niño no completa las tareas no sea por falta de organización

### **Indicaciones en la dificultad para empezar las tareas**

- Aumenta la estructura de las tareas y subraya las partes importantes. Esto incluye animar al niño para que tomen notas, impartirle las instrucciones tanto escrita como verbalmente, asegúrese de que el niño sepa en detalle las normas para un trabajo aceptable, y enseñarle como estructurar las tareas (por ejemplo, el tópico de las frases, títulos, tablas de contenido)

### **Para completar tareas a tiempo**

- Animar al niño para que utilice listas y para que organice sus asignaciones (en cuadernos, archivos), escriba las tareas en el pizarrón, y asegure que el niño las anote
- Establezca rutinas para colocar y ubicar fácilmente aquellos objetivos que el niño utiliza a menudo tales como libros, tareas y ropa
- Los archivos tipo acordeón pueden ser útiles ya que en un lado se puede ubicar el trabajo nuevo y en el otro lado el trabajo completado
- Los padres pueden animar al niño para que establezca lugares fijos para ciertos objetos (libros o tareas) en el hogar
- Los docentes pueden estimular al niño para que organice su escritorio o armario con letreros de identificación y lugares fijos para ciertos objetos
- Enséñele al niño para que, al salir de un lugar a otro, se pregunte, ¿traje conmigo todo lo que necesito?

### **Entrenamiento en habilidades sociales**

Ayuda a los niños a aprender nuevas conductas. En el adiestramiento de

habilidades sociales, el terapeuta expone acerca de nuestro comportamiento apropiados tales como esperar turno, compartir, solicitar ayuda, responder a burlas y seguidamente le ofrece al niño la oportunidad de practicar. Por ejemplo, el niño puede aprender la comunicación de las expresiones faciales, el tono de voz de las personas para responder más apropiadamente. El tratamiento en habilidades sociales ayuda a aprender a participar en actividades grupales a efectuar comentarios adecuados y a solicitar ayuda. El niño aprende a ver cómo su comportamiento afecta a otros y a desarrollar nuevas formas de responder cuando está enojado o cuando es provocado.

### **Tratamiento farmacológico**

Entre los medicamentos más utilizados para el tratamiento del TDAH, podemos mencionar los psicoestimulantes, estos se clasifican en tres tipos:

- 1 Anfetamínicos como la dextroanfetamina (dexedrina)
- 2 No anfetamínicos como el metilfenidato (Ritalin)
- 3 Xánticos (cafeína). La cafeína sólo produce una ligera mejoría en la atención en pocos niños, por consiguiente sólo se recomienda en sujetos en que es notorio ese efecto y que no rechazan tomar café en el desayuno, Herranz (1999) <sup>25</sup>

El metilfenidato (Ritalin) es generalmente el fármaco inicial que se receta a todos los niños con TDAH. Su utilización en Estados Unidos, es amplia y es recetado en un 90% de los casos, Barkley (1990).

Otros estimulantes frecuentemente utilizados y que son considerados como

---

<sup>25</sup> José Herranz. Op. cit., p. 2

alternativa después del Ritalin, están la dextroanfetamina (Dexedrine), la pemolina magnésica (Cylert)

Como segundo grupo de opción farmacología están los antidepresivos

El fármaco más experimentado en este grupo es la Imipramina (Tofranil) Los efectos adversos se presentan en forma de cefalea, insomnio y trastornos cardiovasculares

Otra alternativa medicinal es la Clonidina que es un antidepresivo indicado para un niño que tenga niveles altos de actividad motil y agresividad, Hunt R. et al (1985) Efectos adversos de la Clonidina incluye un efecto calmante excesivo, hipotensión arterial, dolor de cabeza, mareos, náusea y vómitos La hipotensión arterial y el efecto calmante excesivo limitan el uso de la Clonidina

Existe una forma dermal conocida como CATAPRES-TTS(Transdermal Therapeutic System) Esta preparación es ventajosa en aquellos niños que se resisten ingerir la medicina en pastillas

Es importante señalar que si bien éstas medicaciones producen una mejoría notoria a corto plazo, cuando se administran como único tratamiento no modifican el pronóstico de estos niños en comparación con los que no han recibido medicación, como lo han demostrado los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de pacientes, Hechtman L. y Weiss G (1984)

Esto demuestra la necesidad de combinar la medicación con otras medidas psicoterapéuticas que incluyan factores psico-sociales

Un diagnóstico de T D A H no es una indicación automática para la terapia de droga. En casos moderados, las modificaciones en el ambiente familiar y escolar pueden ser

suficientes para el manejo de los síntomas. Algunas familias son sumamente reacias a utilizar la medicación y la experiencia demuestra que no es recomendable su utilización en forma coercitiva, Mc Cough y Cantenwell (1995) <sup>26</sup>

Adicionalmente los estimulantes no son los mejores medicamentos para el tratamiento de algunos niños, se estima que cerca de un 25% de todos los niños no responden bien al metilfenidato

Como regla general los médicos, padres y los pacientes con TDAH deben sopesar los efectos secundarios contra los beneficios de la medicación. Se debe considerar el tratamiento farmacológico como parte de una terapia multimodal. No debe "medicalizarse" el problema del niño ya que la terapia farmacológica debe ir asociada obligatoriamente con el tratamiento psicológico y por apoyo pedagógico en los casos requeridos.

Cuando el desempeño escolar y el comportamiento del niño mejoran después de iniciar el medicamento, el niño, los padres y los maestros tienden a alabar el medicamento por provocar el cambio repentino. Pero estos cambios se deben realmente a las fuerzas y habilidades naturales del niño. Si se le da crédito únicamente al medicamento el niño puede sentirse incompetente con una autoimagen desvalorada, lo que cabe es elogiar al niño, no a la droga.

Una de las oleadas más recientes acerca de la controversia de la medicación fue generada por Peter Breggin, en su último libro titulado *Talking Back to Ritalin. What*

---

<sup>26</sup> James J. McGough y Denis P. Cantenwell. Current Trends In The Medication Management Of Attention Deficit Disorder. Journal, CHADD. Winter, 1997. p. 13-15



Doctors Aren't telling you About Stimulants for Children Courage Press, 1998 El Dr Peter Breggin, es director del centro para el estudio de psiquiatría y psicología de Maryland, y profesor asociado de la Universidad de Jhon Hopkins El logró recopilar más de 2,700 reportes de casos con experiencias adversas al metilfenidato Estos fueron denunciados entre 1985-1997 al Federal Drugs Administration de Estados Unidos e incluyen, además de los efectos colaterales conocidos, como dolor de cabeza, irritabilidad, agitación, insomnio, problemas de presión, taquicardia y detención en el crecimiento y peso corporal, se mencionan otros

- 250 casos de caída de cabello
- 87 de adicción, 30 de síndrome de abstinencia
- 100 casos de problemas dermatológicos, tales como acné, salpullidos y urticaria
- 50 casos o más de trastornos sanguíneos como anemia y leucopenia (crecimiento anormal de los glóbulos blancos)
- 69 reportes de convulsiones
- 48 informes de depresión, y 11 de depresiones sicóticas
- Más de 50 casos de intentos suicidas
- 89 reportes de trastornos de personalidad.
- 55 informes de agitación
- 50 de hostilidad
- 44 casos de pensamientos anormales
- 43 de alucinaciones
- 38 de sicosis

- 33 de labilidad emocional

Breggin sustenta su polémica tesis con estudios científicos que según él “han ignorados o suprimidos para aumentar las ventas de la droga”

Una de las autoridades científicas más reconocidas sobre el T D A H es el Dr R. Barkley, Director de Psicología y Profesor de Psiquiatría y Neurología del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts y miembro de CHADD, como asesor profesional. El Dr R. Barkley en el análisis del libro concluyó que “la propaganda de Breggin, presentada puede ser fácilmente rechazada por la comunidad científica y los clínicos profesionales, ya que no tiene nada que aportar en aspectos relacionados con el entendimiento y manejo del T D A.H.”

Critica de afirmaciones de Breggin por sus citaciones selectivas parcializadas e interpretaciones erróneas y omisiones de fuentes

Hay que tener en cuenta que una minoría importante de niños que utilizan los medicamentos no mejoran o tienen efectos colaterales desagradables. Algunos padres rechazan la terapia farmacológica para sus hijos en tanto que otros la interrumpen de manera prematura, con frecuencia por que a los niños no les gusta ingerir medicamentos.

#### **1.4.9 Terapias controversiales para el T.D.A.H**

En sus esfuerzos para buscar la ayuda efectiva para los niños que padecen el síndrome de T D A H , muchos padres se desesperan y se confunden por informaciones erróneas, ya que desean explorar cada opción posible que le brinde una solución. Algunos tratamientos nuevos parecen razonables y se anuncian con resultados

entusiastas. Algunos caen en la categoría de charlatanismo y otros son expuestos por especialistas de cierta reputación, pero cuando se someten a la rigurosa evaluación científica no cumplen los requisitos de utilidad.

A continuación exponemos algunos tratamientos que no han sido científicamente comprobados como efectivos en la terapia de la mayoría de niños y adultos con TDAH y que no son reconocidos por instituciones de salud u otras organizaciones de apoyo. Estas aparecen enunciadas como tales en la publicación de NIMH de 1996 y CHADD fact. Sheet 4, 1999.

### **Megavitaminas y suplementos minerales**

Está basada en los preceptos de la teoría orto – molecular, de acuerdo a esta teoría, algunos tienen una anomalía genética que hacen que la persona requiera un aumento de vitaminas y minerales y cuando estos no son brindados, varios tipos de enfermedades pueden presentarse. La teoría, parece razonable, porque sabemos que las deficiencias vitamínicas causan una variedad de enfermedades. Sin embargo esto parece no estar sujeto a la hipótesis de que la deficiencia de vitaminas puede producir síntomas más sutiles como problemas de aprendizaje y de comportamiento.

Los estudios controlados no sustentan el uso de suplementos en el TDAH. En 1973, la Asociación Psiquiátrica Americana, concluyó que el uso de megavitaminas para el tratamiento de problemas de aprendizaje y comportamiento no es justificado y en 1976, la Academia Americana de Pediatría apoyó esa decisión.

### **Medicación para la terapia de enfermedades del oído interno.**

No existe ningún equipo de investigación que sustente una relación entre el

sistema de oído interno y los procesos atencionales. Los que creen en ésta teoría dicen que los medicamentos que tratan las enfermedades del oído interno curan el T D A H ya que piensan que existe una relación entre el T D A.H. y los problemas de coordinación y equilibrio. Sin embargo anatómicamente y fisiológicamente no hay ninguna razón para creer que el sistema del oído interno tiene que ver con la atención y el control de impulsos.

### **Tratamiento para la infección causada por el hongo candida**

Los que respaldan esta teoría creen que las toxinas producidas por el crecimiento del hongo candida debilitan el sistema inmunológico. Esto hace al cuerpo susceptible a varias enfermedades incluyendo el T D A H y otros trastornos psiquiátricos.

El tratamiento incluye medicamentos antihongos y una dieta restringida en azúcar, ya que el azúcar estimula el crecimiento del hongo. También se elimina los alimentos que producen alergias y se combina el uso de vitaminas y suplementos minerales. No existe evidencia que sustente esta teoría y ésta no concuerda con los conocimientos que se tienen del T D A H.

### **Kinesiología aplicada**

Este método quiropráctico también se le conoce como técnica de organización neural. Los que apoyan esta teoría aseguran que los problemas de aprendizaje son causados por una mala alineación de ciertos huesos en el cráneo, lo cual provoca una presión desigual en diferentes áreas del cerebro y que afecta su funcionamiento. Los conocimientos actuales de anatomía no mencionan que los huesos craneales tengan esa movilidad.

### **Entrenamiento optométrico de la visión**

Un grupo de optometrista propuso la idea de que los trastornos de la lectura eran causados por los problemas visuales, como falta de movimientos del ojo y sensibilidad de los ojos a ciertas frecuencias lumínicas y deficiencias de estos para ver en forma sincronizada. El tratamiento es variado y va desde el programa de entrenamiento visual hasta la utilización de lentes a colores.

Los investigadores en el campo de la educación, psicología y neuropsicología han concluido que los trastornos de lectura no son causados por trastornos de procesamiento visual, sino más bien por deficiencia en el almacenamiento y recuperación de información lingüística.

### **Dietas restringidas**

En 1975, Finegold reportó que la alergia a ciertos alimentos producen hiperactividad en los niños. Consideró que los aditivos (colorantes, silicatos, etc.) en las comidas y el azúcar pueden producir sobreactividad, impulsividad y problemas de aprendizaje. Sin embargo, numerosos estudios no sustentan la noción de que la dieta libre de estos aditivos sea causa para el TDAH.

### **Biorretroalimentación**

Es la terapia controversial del momento. Los proponentes de la biorretroalimentación creen que los niños con TDAH pueden ser entrenados para aumentar las ondas cerebrales que están asociadas con la atención y reducir las ondas que están asociadas con la distracción. Ellos sustentan que el resultado es un incremento en la atención y reducción de la hiperactividad e impulsividad.

La técnica de retroalimentación involucra la medición de los niveles de actividad eléctrica en varias partes del cerebro. Esta información es enviada a una computadora la cual transforma en una señal, como una luz a tono, al usar esta señal como retroalimentación, el niño es entrenado a incrementar ciertos tipos de actividad de ondas cerebrales deseadas. El entrenamiento involucra usualmente entre 40 y 80 sesiones con una duración de 40 minutos o más. Las sesiones se realizan entre 2 ó 3 veces por semana y se extiende sobre 3 a 10 meses o más. Este programa se combina con un programa de tutoría académico.

Los creyentes de esta teoría señalan que el tratamiento para el TDAH es consistente con el conocimiento sobre el bajo nivel de excitación en la parte frontal de cerebro en personas con TDAH. Los estudios de los cuales se han presentado resultados impresionantes, han fallado seriamente cuando se aplica control para medir el efecto de maduración y el efecto placebo. Hoy día se considera como un tratamiento complementario de apoyo a otros tratamientos. Provee beneficios documentados para el control de dolores, pero la cura de síntomas no son mayores que aquellos presentados por la técnica de relajación o método de hipnoterapia.

La aplicación de la biorretroalimentación tecnológica al tratamiento del TDAH no ha sido aprobada. Es una modalidad costosa cuya efectividad, no se ha demostrado hasta el momento.

## **Capítulo Segundo:**

### **Metodología**

## **2.1 Planteamiento del problema**

¿La terapia cognitivo-conductual que se aplica a los niños con T D A.H , puede disminuir la conducta de agresión física de manera que su interacción en el ambiente escolar, sea adaptable?

Los niños que padecen de T D A.H y que provienen de condiciones socioeconómicas muy bajas, con padres de escasa escolaridad con una serie de factores desfavorables concomitantes. ¿Pueden ser susceptibles al procedimiento terapéutico cognitivo – conductual que se les administra para reducir la conducta agresiva? En las escuelas estos niños son el “dolor de cabeza” de las maestras, ellos deambulan por el salón, no concluyen los trabajos asignados, se distraen fácilmente, molestan a sus compañeros, pegándoles, tirándoles objetos y además presentan dificultades de aprendizaje.

En el tratamiento del T.D A H , se debe organizar las metas de acuerdo a las prioridades. En algunos casos la conducta de agresión representa la dificultad, como síntoma secundario más serio, que muestran los niños con T D A.H., debido a las implicaciones que pueden tener para su seguridad individual y de otros, por el impacto en la interacción familiar y en sus relaciones interpersonales y por sus efectos en el futuro ajuste psicológico, Barkley (1990)

Por otra parte al reducir la conducta agresiva, conlleva el mejoramiento de otras áreas comportamentales del niño, o pueden facilitar el tratamiento de las mismas



## **2.2 Objetivos**

- Determinar si el tratamiento basado en el enfoque cognitivo – conductual es eficaz para reducir el comportamiento de agresión física en niños con T D A H
- Adecuar un procedimiento que facilite el tratamiento de la conducta agresiva de los niños con T D A H, ya que su permanencia en el ámbito escolar esta condicionada al cambio de este síntoma
- Determinar si el procedimiento se ajusta a la realidad del cliente y a las demandas que exige la práctica clínica
- Evaluar si el efecto del tratamiento se mantiene después de suspendido el procedimiento
- Analizar si los resultados presentan similitudes o discrepancias con otras investigaciones al respecto

## **2.3 Hipótesis de la investigación**

La hipótesis principal de trabajo corresponde a la categoría de hipótesis causal en que se plantea una relación entre una variable independiente y una variable dependiente, en este caso, la hipótesis de investigación es la siguiente

La terapia cognitiva- conductual reduce el comportamiento de agresión física en niños con T D A.H

### **2.3.1 Variable independiente**

La terapia cognitiva – conductual constituye la variable independiente. Esta terapia trata de enseñar al niño a utilizar autoinstrucciones, a “pensar antes de actuar”, aprender a identificar los problemas y generar alternativas de soluciones, pensar en las consecuencias, anticipar obstáculos y utilizar estrategias para controlar su comportamiento.

La descripción detallada aparece en el apéndice, fases del tratamiento.

### **2.3.2 Variables dependientes:**

- La conducta de agresión física, incluye empujar, golpear, patear, tirar objetos u otras acciones cuyo propósito puede ocasionar un daño físico a otro. Esta se identifica como A1 en el sujeto # 1 y A2 en el sujeto # 2.
- Conducta perturbadora de molestar a otros, se refiere cuando interrumpe una actividad de sus compañeros, al efectuar una tarea o juego, ya que viola las reglas implícitas, como mover, halar algo, no esperar su turno, con la consiguiente queja o rechazo de sus pares. Esta conducta se registra como B1 en el sujeto # 1.
- Conducta perturbadora de quitar las cosas a los demás. Consiste en arrebatar o

quitar los objetos a sus compañeros Esta conducta se le reconoce como B<sub>2</sub> en el sujeto # 2

## **2.4 Controles.**

- Niños con diagnóstico de T D A H y comportamiento agresivo Estos niños poseen un déficit en la información social que los llevan a tener distorsiones cognitivas, y que la respuesta agresiva puede ser causada por la ausencia de la inhibición o autocontrol, por consiguiente responden impulsivamente sin meditar las consecuencias, Agrawal y Kaurhal (1998), Femder (1990)
- Esta presente la conducta de agresión física como uno de los signos secundarios del T D A H, la cual produce mayor dificultad en el sujeto y a sus cuidadores
- Edad de 7 – 11 años De acuerdo con Piaget, durante este estadio (operaciones concretas) el niño tiene mayor flexibilidad en su pensamiento El niño está en capacidad de rechazar sus pensamientos, a corregir y a pensar de nuevo si existe la necesidad. Aprende a considerar más de una alternativa ante un problema y está en capacidad de observar un objeto o problema desde diferente perspectiva En la terapia cognitiva el sujeto debe tener las condiciones cognoscitivas necesarias para trabajar sobre la reestructuración de sus pensamientos inmaduros e impulsivos, considerar alternativas ante un problema para así producir un cambio en la conducta Adicionalmente es necesario identificar su nivel de inteligencia a

través de pruebas en la cual la influencia cultural y académica sea la mas mínima posible

- **Sexo masculino** De acuerdo a la APA, 1994, este trastorno es más frecuente en varones que en mujeres, la relación proporcional es de 4:1 si es en la población general y de 9:1 si la población es clínica. La población que se detecta con este trastorno a través del Gabinete Psicopedagógico # 1 de Colón, es mayoritariamente de sexo masculino
- **Condición socioeconómica** El contexto del cliente es determinante en la aplicación y en los resultados de la terapia. La investigación trata con clientes de una baja condición socioeconómica con ingreso mensual promedio de B/ 250.00, perteneciente a la provincia de Colón

## **2.5 Población.**

La cobertura del Gabinete Psicopedagógico # 1 de Colón es de cinco escuelas primarias y de un colegio secundario, ubicado en el corregimiento del Barrio Norte del distrito de Colón. Estos centros educativos juntos representan una población de aproximadamente 8,500 estudiantes. El número de casos remitidos desde que se inició la investigación fue de 28 estudiantes sospechados de contar con el TDAH, sin embargo después de efectuar un diagnóstico cuidadoso se pudo aislar a medida que se efectuaban las referencias, seis clientes que reunían los criterios para dicho

síndrome y que además presentaban colateralmente una conducta agresiva como signo secundario que requería una atención prioritaria. De estos niños solamente se pudo incluir en la investigación dos sujetos con los controles necesarios.

## **2.6 Muestra.**

La muestra consistió de 2 sujetos con diagnóstico de TDAH que presentaban conducta agresiva como uno de los signos secundarios que provocaban mayor dificultad en los sujetos y sus cuidadores.

Es una muestra no probabilística, conocida también como muestra dirigida ya que la selección de los sujetos de estudios depende de los criterios establecidos por el investigador.

La muestra de sujetos – tipos o estudio de caso único se realiza en investigaciones de tipo cualitativo donde el objetivo fundamental es la profundidad, calidad y riqueza de la información recabada y no la cantidad y estandarización, Sampieri (1995)<sup>28</sup>

La muestra dirigida es válida en cuanto al diseño de investigación utilizado así lo exige. Sin embargo hay que tener presente que los resultados son generalizables a la muestra en sí o pueden ser generalizables a muestras similares. No son

---

<sup>28</sup> Roberto Sampieri, et al (1995) Metodología de la Investigación México, D.F. McGraw-Hill Interamericana de México, p. 232

generalizables a una población, Sampieri (1995).

Dada la condición que una característica de los diseños de investigación de caso único es la replicación. La validez interna se obtiene mediante la replicación de los efectos en los distintos clientes, medidas de los clientes (conductas), situaciones en el sujeto (s), Kratochwill (1984)

### **2.6.1 Sujeto # 1.**

De sexo masculino con 9 años de edad cronológica, proveniente de una familia desintegrada, en un hogar que convive su madre de 42 años, una hermana que es madre soltera de 17 años y el hermano menor de 6 años

El sujeto era estudiante correspondiente al tercer grado, diagnosticado con inteligencia normal a través de la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños En esta prueba se registró, en la escala de ejecución un C I de 101 y en la escala verbal un C I de 82, que corresponde a un C.I total de 92

La hoja de referencia nos señala como motivo de consulta problema de conducta y dificultades de aprendizaje

En la evaluación se detectó que posee una discriminación auditiva deficiente (dificultad para escuchar diferencias de sonido entre palabras similares tales como pan/pon, mesa/pesa, vaca/saca) aunque su agudeza auditiva es normal

En la lectura y en la copia tiende a saltarse líneas En general su trabajo

escolar no corresponde a su capacidad

La maestra reportó que el principal problema del niño eran las constantes peleas con sus compañeros de clase, su comportamiento agresivo y su rendimiento escolar

La madre señala que desde que ingresó a la escuela las observaciones eran similares y que estas se habían incrementado

En la Escala Evaluativa Abreviada de Conners para Maestro (ATRS), obtuvo una puntuación de 23, que es indicativo que el niño presentaba dificultades en el aula escolar

En la Escala Evaluativa de Stephen McCarney en Versión Doméstica, registró un percentil total de 7 que confirman los síntomas principales del TDAH. La impulsividad e hiperactividad y la falta de atención, son los síntomas que en ese orden, se presentaron con mayor magnitud en este niño

La historia clínica nos indica que estuvo bajo tratamiento de metilfenidato cuando contaba con 6 años de edad, debido a la hiperactividad que presentaba y otros síntomas adicionales que provocaban dificultades en las relaciones interpersonales con sus compañeros. Esta terapia fue muy breve, porque la madre suspendió dicho tratamiento farmacológico, por los efectos secundarios indeseables que el niño presentó

El reporte médico indicó que al momento de la evaluación no se detectó ninguna enfermedad de orden físico

### **2.6.2 Sujeto # 2.**

Niño de 11 años de edad cronológica, su entorno familiar esta conformado por un padre inestable que aparece y luego se pierde por días y hasta por semanas, la madre es ama de casa con 34 años de edad y educación secundaria completa, incluye también dos hermanas una de 15 años y otra de 5

El niño pertenece a una clase escolar de quinto grado, con diagnóstico de inteligencia normal determinado mediante la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños En esta prueba obtuvo un C I de 94 en la escala de ejecución y un C I de 85 en la escala verbal, esto representa un C I total de 90

Cabe señalar que en el Raven registró un percentil de 75 El motivo de referencia invocado fue problema de conducta y bajo rendimiento académico

La maestra informó que desplegaba frecuentemente conductas agresivas y algunas veces peligrosas, problema de relaciones interpersonales con sus compañeros de clases, distracción y falta de motivación hacia los deberes escolares

En la evaluación se pudo determinar que comete errores particulares en la escritura, tales como “crande” por grande, “guguete” por juguete, etc Su escritura es lenta y desordenada, sus escritos se caracterizan por borrones, tachones y errores

La madre señaló que desde muy pequeño se mostraba demasiado inquieto, también daba la impresión de que era sordo debido a que no atendía cuando se le hablaba, frecuentemente le sucedían accidentes

En la Escala Evaluativa de Stephen McCarney en Versión Doméstica registró



un percentil total de 1.1 que nos indicaba la necesidad de tratamiento. Se detectó a través de esta escala que la impulsividad era el síntoma principal que más resaltaba y que generaba dificultades en las relaciones con sus pares.

## **2.7 Método.**

### **2.7.1 Justificación del diseño utilizado**

Los métodos de investigaciones tradicionales confieren una importancia esencial a las mediciones cuantitativas y al análisis estadístico, no obstante, algunos investigadores han cuestionado si realmente es prudente confiar tanto en el planteamiento cuantitativo, argumentando entre otras cosas que es demasiado restrictivo.

En los últimos años el interés se ha centrado más en una serie de planteamientos denominados métodos cualitativos. Un supuesto determinante de la investigación cualitativa es que la conducta y el desarrollo humano se comprenden mejor desde un sistema de referencia personal. Una interrogante en que se fundamenta los investigadores cualitativos es ¿cómo puede la ciencia llegar a conocer “la verdad” cuando se parte de la base de que la verdad surge del individuo? Hammersley's, 1993<sup>29</sup> expone varias dicotomías entre los métodos cuantitativos y cualitativos, de los cuales mencionaremos los siguientes:

---

<sup>29</sup> Citado por David Scott (1998) "Qualitative Research, Case Study And Theory – Building International Conference" 23-25<sup>th</sup> March, 1998

### **Fundamentos artificiales/fundamentos reales..**

Las investigaciones cuantitativas trabaja con fundamentos artificiales tales como laboratorios o una situación artificial para examinar la conducta humana, las investigaciones cualitativas trabaja con fundamentos de la vida real

### **Estrategia deductiva/estrategia inductiva.**

La investigación cuantitativa utiliza estrategias deductivas, la investigación cualitativa utiliza estrategias inductivas

### **Enfoque en la conducta/enfoque en el significado**

Investigación cuantitativa se concentra en la conducta social, la investigación cualitativa examina el significado social que los sujetos le dan a sus actividades

Las muestras de sujetos – tipos o estudio de caso único, se realiza en investigaciones de tipo cualitativo donde el objetivo fundamental es la profundidad, calidad y riqueza de la información recibida y no la cantidad y estandarización, Kratochwill (1984), Sampieri (1995)

Este estudio utilizó un diseño de investigación experimental de caso único, el cual trata de establecer que los efectos demostrados en las medidas dependientes no son explicados por factores extraños

Kratochwill, Mott y Dodson (1984), sustentaron que debido a la necesidad de tratamiento que se plantea en un centro clínico y aunque se puedan utilizarse los diseños de grupos, el diseño de caso único es más rentable y relevante para la

evaluación del conjunto de tratamiento

Este enfoque es conocido como diseño de caso único, Kratochwill y Levin (1992)<sup>30</sup> o estudio de series temporales, ya que las medidas se toman a lo largo de distintos periodos de tiempo. Se considera que los diseños de investigación de caso único representa una herramienta metodológica importante para los psicólogos clínicos en el desarrollo de una base de conocimiento que surge de la aplicación en el campo, en relación a un trastorno específico o técnica terapéutica.

El diseño de línea base múltiple es la estrategia más común en el estudio de caso único, ya que incluye un elemento simple dentro de la fase y se replica el tratamiento a través de sujetos, situaciones o conductas. Estos diseños son considerados los más efectivos, porque el investigador tiene la alternativa de efectuarlos a través de tres aspectos diferentes de las medidas dependientes (sujetos, conductas y situaciones). Además dicho diseño permite al investigador clínico comprobar hipótesis, mientras trabaja con uno o varios individuos, y en el caso donde se aplica tratamiento puede centrarse en el sujeto en la cual se tiene un interés inmediato (Wicks e Israel, 1997)<sup>31</sup>

Uno de los argumentos que sustenta la investigación cualitativa, es que el cambio que experimenta el cliente durante la terapia se ve empañado en los diseños de grupo y la relación entre el cambio y el tratamiento para los clientes individuales pueden variar fundamentalmente de forma diferente en comparación con el cambio promedio de un

---

<sup>30</sup> Citado por Rita Wicks-Nelson, et al (1997) *Psicopatología del Niño y del Adolescente* Madrid Printice Hall p 79

<sup>31</sup> *Ibid* , p 80

grupo de sujetos. También los diseños de un sólo sujeto ofrecen diversas ventajas como datos inmediatos y la manera como el tratamiento influye en los clientes. En ocasiones los principios que se relacionan a un sólo sujeto resultan ser aplicables, también a un número de individuos.

Estamos conscientes que la validez externa no es grande, ya que no puede generalizarse con certeza a partir de sujeto único, no obstante la validez externa puede aumentar mediante la repetición del estudio con distintos clientes.

No disponemos de un estudio formal y reconocido sobre la prevalencia del TDAH en nuestro medio. En un lapso de dos años y a pesar de tener una cobertura de aproximadamente 8,500 estudiantes, no se contó con una cantidad simultánea de varios casos con TDAH, además muchos sujetos presentan síntomas similares al TDAH, pero no reúnen los criterios para dicho trastorno, incluso algunos pasan inadvertidos, especialmente aquellos de tipo con predominio del déficit de atención. Por otro lado una alta proporción reportada en la literatura médica sugiere que el TDAH está siendo sobre diagnosticado. La utilización de un criterio de diagnóstico específico puede solventar este problema, Burnstein (1998) <sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Lawrence Burnstein (1998). Attention deficit hyperactivity disorder in children. The Medical Journal of Allina. vol 7. N° 1 Winter, 1998.

## **2.8 Procedimiento.**

A través del periodo de investigación se aislaron seis casos con los criterios establecidos y se inició el procedimiento a medida que fueron referidos e identificados, sin embargo cuatro sujetos iniciados en la investigación fueron descartados para el estudio formal ya que presentaron una asistencia irregular tanto en las sesiones terapéuticas como en las clases escolares

Hay que reconocer que estos niños provienen de familias con bajo nivel socioeconómico y educativo con una serie de desventajas adyacentes y que las anteponen como múltiples excusas que justifican esa inconsistencia

Este trabajo se concentró en la reducción de la conducta agresiva en sujetos con T D A H La conducta agresiva es uno de los síntomas secundarios que mayor estrés produce a los familiares y cuidadores de estos niños

El procedimiento de estrategia de autocontrol aprendido no revierte a niveles de línea base, por otro lado la retirada tratamiento no es conveniente desde el punto de vista práctico y ético, por consiguiente consideramos que el diseño de línea base múltiple era el más adecuado para esta investigación en particular

El diseño de línea base múltiple utilizado en este estudio consistió en la modalidad a través de conductas

Se identificó la conducta de agresión física ( $A_1$ ), como la conducta prioritaria para el tratamiento, y otra conducta perturbadora “molestar a otros” ( $B_1$ ) en el sujeto

**# 1, cuya frecuencia provocaba dificultades en el ambiente escolar**

Después de establecidas las líneas bases de la conducta se procedió a la aplicación del procedimiento cognitivo – conductual básico, y consecutivamente el tratamiento específico para la reducción de la conducta agresiva ( $A_1$ ) pero no se trabajó la conducta de “molestar a otros” ( $B_1$ ), y luego el tratamiento cognitivo-conductual fue aplicado a la conducta ( $B_1$ ) para intentar demostrar que se disponía de una variable efectiva

El procedimiento fue replicado en el sujeto #2 La conducta agresiva en este sujeto se identificó como ( $A_2$ ) y la otra conducta perturbadora “quitar las cosas a los demás” como ( $B_2$ ) Obviamente las sesiones para el tratamiento de la conducta perturbadora en el sujeto #2 fueron distintas ya que dicha conducta era diferente

Más adelante, en el apéndice, se hace una exposición detallada sobre el tratamiento para cada una de las conductas

### **2.8.1 Registro.**

Dado que las conductas se presentaron en situaciones particulares que no se repiten la confiabilidad se controló, por más de un observador Los observadores estaban situados dentro de lo posible, en puntos diferentes, al efectuar los registros, de tal manera se trató de evitar la contaminación mediante la inducción de un observador sobre otro

A los observadores se les instruyó para que realizaran un registro independiente y evitaran comunicarse o distraerse

Como el registro se llevó a efecto en una situación natural, en la que los observadores estaban en el mismo entorno del sujeto de observación, se debía evitar todo tipo de interacción posible, incluso el contacto visual, ya que la conducta misma de los observadores podían influir sobre el registro y reflejar condiciones distintas a las naturales. Cuando los registros requirieron ser efectuados en el aula escolar. Los observadores se ubicaron en la parte trasera del aula pero en puntos opuestos

Los observadores fueron seleccionados del grupo de estudiantes en práctica profesional de la carrera de especialista en dificultades de aprendizaje, inclusive contaban con la formación previa en docencia primaria

La hoja de registro se planteó siguiendo el modelo de la fig 1

Los periodos de observación se dividieron en intervalos de 15 minutos para tener la confiabilidad que ambos observadores estaban registrando los mismo eventos

Observador # 1

	Agresión (A <sub>1</sub> )	Molestar (B <sub>1</sub> )
10	1	1
10 15	1	1
10 30		1
10 45	1	
11		1
11 15	1	
11 30		11
11 45	1	1
12	1	1

Observador # 2

	Agresión (A <sub>1</sub> )	Molestar (B <sub>1</sub> )
10	1 (1)✓	1✓
10 15	1✓	1 (1)✓
10 30	✓	1✓
10 45	1✓	✓
11	✓	( )
11 15	1✓	1✓
11 30	✓	11✓✓
11 45	1✓	1✓
12	1✓	1✓

Figura 1

✓ = Acuerdos      ( ) = Desacuerdos

Para medir la confiabilidad del registro se utilizó dos observadores independientes y la misma se estimó mediante la fórmula de

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100 = \text{Porcentaje de acuerdos}$$

Ejemplo  $A_1 = \frac{9}{9+1} \times 100 = 90\%$

$$B_1 = \frac{9}{9+2} \times 100 = 81.8\%$$



### **2.8.2 Línea base múltiple.**

Se procedió con un registro informal previo y se identificó que la agresión física representaba la conducta que requería una atención prioritaria. Adicionalmente se detectaron otras conductas perturbadoras colaterales en cada sujeto que provocaba dificultades en el ambiente escolar. Este registro informal tuvo el propósito de determinar las condiciones y periodos más frecuentes de presentación de los comportamientos a modificar y lograr la inserción de los observadores en la forma más natural posible al entorno de los sujetos y familiarizar a los mismos con las peculiaridades de las conductas y la exactitud de las observaciones.

El registro informal se llevó a cabo en dos días y se utilizó solamente tres días de registro, para la línea base, por las siguientes razones:

- Los periodos de registros fueron suficientemente representativos, porque eran de dos horas cada uno, subdivididos en periodos de 15 minutos.
- Se realizó un registro informal previo de dos periodos en lo cual se determinó los momentos en que más se presentaban las conductas metas.
- Se observó poca variación de las conductas en estos periodos, es decir una estabilización.
- Estas respuestas podían provocar daño físico o situaciones de riesgos.

Las conductas identificadas en cada sujeto que representaba las conductas objetos de cambio fueron:

### **Para el sujeto #1**

A<sub>1</sub>- Agresión física; incluye empujar, pegar, golpear, patear, tirar objetos u otras acciones cuyo propósito puede ocasionar un daño físico a otros

B<sub>1</sub>- Conducta perturbadora de molestar a otros, se refiere cuando interrumpe la actividad de sus compañeros, al efectuar una tarea o juego, ya que viola las reglas implícitas, como mover, halar algo, no esperar su turno, con la consiguiente queja o rechazo de sus pares

### **Sujeto #2**

A<sub>2</sub> Agresión física, incluye empujar, pegar, golpear, patear, tirar objetos u otras acciones cuyo propósito puede ocasionar un daño físico a otros

B<sub>2</sub> Conducta perturbadora de quitar las cosas a los demás, consiste en arrebatarse o quitar los objetos a sus compañeros

## **2.8.3 Tratamiento.**

Esta fase consistió en diez sesiones, aplicadas independientemente para cada uno de los sujetos, estas se administraron dos veces por semana (martes y jueves) con una duración promedio de 60 minutos (8 – 9 a.m.) distribuidos de la siguiente manera

- Preparación (5 minutos) Indagar los acontecimientos durante los intervalos de las sesiones, revisar con el paciente las tareas asignadas

- Establecimiento de las conductas metas (10 minutos) Identificar áreas problemáticas y habilidades específicas del sujeto ¿Cuál método emplea para manejarlos?
- Introducción de nuevas habilidades (35 minutos) El terapeuta presentó cada habilidad a través de una instrucción didáctica Establecer las conductas metas para alcanzarlas progresivamente a través de las prácticas o juego de papeles para aplicarlas en situaciones naturales
- Relajación (5 minutos)
- Repaso y retroalimentación (5 minutos)

Para facilitar el cambio de las conductas objetos a modificar, se orientó el tratamiento durante las primeras cinco sesiones, al aprendizaje de métodos de resolución de problemas y el entrenamiento de habilidades de autoinstrucciones con el propósito de facilitar el control del déficit en mantener la atención y el control del comportamiento impulsivo. Estas sesiones iniciales tenían el objetivo fundamental de entrenar al niño a pensar antes de actuar, el reconocimiento de problemas y a la generación de alternativas de posibles soluciones; pensar en las consecuencias y anticipar obstáculos y utilizar estrategias para controlar sus comportamientos. Braswell y Blomquist (1991), recomiendan estas sesiones para adquirir un dominio básico (4 – 5 sesiones) y luego implementar planes a corto plazo para la resolución de problemas, también recalcan la importancia de este entrenamiento previo antes de introducir el manejo de la ira/frustración.

Las sesiones de 6, 7 y 8 estaban enfocadas hacia el control de la agresión física (A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>) en ambos sujetos

En resumen consistían en el siguiente procedimiento

- Aprendizaje de habilidades relacionadas al reconocimiento cuando se está enojado/frustrado
- Identificar las señales fisiológicas y cognitivas asociadas a la ira/frustración.
- Entrenamiento de interpretación de la situación, como una forma de reestructuración cognitiva, para el autocontrol de la agresión impulsiva.
- Concepto de prueba de hipótesis
- Juego de papeles en una situación de provocación.
- Entrenamiento de relajación

Las sesiones 9 y 10 se concentraron en las conductas de “molestar a otro” (B<sub>1</sub>) en el sujeto #1, y en la conducta perturbadora de “quitar las cosas a los demás” (B<sub>2</sub>) en el sujeto#2

La descripción detallada del tratamiento a través de las sesiones aparece en el apéndice

#### **2.8.4 Seguimiento.**

El seguimiento se realizó inicialmente por un periodo de diez días a través de dos observadores independientes

Posteriormente en un seguimiento que se extendió por tres meses se consideró las observaciones de las maestras y de los padres de cada uno y también el autoreporte de los sujetos

# **Capítulo Tercero:**

## **Resultados**

## **Resultados**

La confiabilidad de las observaciones de las conductas objeto de tratamiento en el sujeto #1 a través de las diferentes fases, oscilaron entre 87.30% a 98.36%, el porcentaje de confiabilidad de todas las observaciones efectuadas en este sujeto se registró en 91.59%. Si nos remitimos al cuadro I podemos percatarnos con mayor minuciosidad sobre la confiabilidad de las observaciones efectuadas en este caso.

En cuanto al sujeto #2, los porcentajes de confiabilidad de las observaciones se enmarcaron en el rango de 87.7% a 97.87%, para ambas conductas tratadas, en las diferentes fases. El registro de confiabilidad de las observaciones en su totalidad, según podemos apreciar en el cuadro II fue de 93.46%.

Los porcentajes de confiabilidad, están detalladamente expuestos en los cuadros I y II, obtenidos mediante dos observadores independientes de las conductas tratadas en cada sujeto.

Los valores presentados nos señalan el grado de objetividad logrado en las observaciones, los cuales indican un porcentaje superior al 80%, que es el porcentaje mínimo aceptado para confiar en un registro de dos observadores independientes.

La gráfica 1 y 2 nos muestra en forma visual los cambios en las diferentes fases del procedimiento en cada uno de los sujetos y las particularidades del efecto del tratamiento.

Cabe señalar que el nivel de frecuencia de estas conductas no se prestan para una presentación gráfica ilustrativa, sin embargo esto no significaba que las conductas

objeto de tratamiento no provocaban efectos perturbadores importantes que exigían una pronta atención.

En la línea base, el promedio de frecuencia de la conducta  $A_1$  fue de 5.3 y para la conducta  $B_1$  el promedio se detectó en 7

Estas conductas declinaron en un promedio de 1 en  $A_1$  y .2 en  $B_1$ , en un seguimiento de 10 días escolares

En un seguimiento de 3 meses adicionales, las conductas objeto del procedimiento mostraron un leve incremento con un promedio de 2 en  $A_1$  y 6 en  $B_1$

En el sujeto #2 el promedio de presentación durante la línea base estaba situado en 3.66 para  $A_2$  y de 4.33 para la categoría  $B_2$

La conducta  $A_2$  se redujo notoriamente durante la fase de tratamiento específico ( $A_2 = 0$ ), mientras que la conducta  $B_2$  se mantuvo en un promedio de 2.85. En la siguiente fase la conducta de agresión  $A_2$  mostró una ligera recuperación y la conducta  $B_2$  una declinación en .75

En el seguimiento de 10 días escolares, la conducta  $A_2$  se mantuvo en 0, y la conducta  $B_2$  en 1 como promedio

En el seguimiento de 3 meses la conducta ( $A_2 = .03$ ), mostró niveles muy bajos en comparación con la línea base, igualmente la conducta  $B_2$ , evidenció una tendencia similar ( $B_2 = 1$ )

Cabe anotar que las conductas tratadas se mantuvieron en magnitudes controlables y significativamente reducidas, en referencia a la línea base



Aunque no se completó una extinción total de las conductas metas, el procedimiento produjo un efecto positivo en el control de las conductas, debido a que los sujetos lograron obtener niveles adaptables en el ámbito escolar

**Cuadro L. PORCENTAJES DE CONFIABILIDAD DE LOS REGISTROS EFECTUADOS EN EL SUJETO #1  
DURANTE LAS DIFERENTES FASES.**

Conductas	Línea Base	Tratamiento Básico	Tratamiento específico de la agresión (A <sub>1</sub> )	Tratamiento específico de la conducta (B <sub>1</sub> )	Seguimiento
Agresión (A <sub>1</sub> )	90 6%	91 42%	94 1%	94 44%	100%
Molestar (B <sub>1</sub> )	83 87%	84 29%	88 51%	94 59%	96 8%
Ambas conductas	87 30%	87 61%	91 30%	95 1%	98 36%

Porcentaje de confiabilidad total – 91 59%

**Cuadro II. PORCENTAJES DE CONFIABILIDAD DE LOS REGISTROS EFECTUADOS EN EL SUJETO #2 DURANTE LAS DIFERENTES FASES.**

conductas	Línea Base	Tratamiento Básico	Tratamiento específico de la agresión (A <sub>2</sub> )	Tratamiento específico de la conducta (B <sub>2</sub> )	Seguimiento
Agresión (A <sub>2</sub> )	90%	92 06%	100%	98 9%	100%
Quitar (B <sub>2</sub> )	87 5%	86 15%	93 75%	98 6%	96 8%
Ambas conductas	88 7%	89 06%	96 85%	97 83%	98 36%

Porcentajes de confiabilidad total = 93 46%

**cuadro III. PROMEDIO DE FRECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS A<sub>1</sub> Y B<sub>1</sub> EN EL SUJETO #1 EN LAS DIFERENTES FASES.**

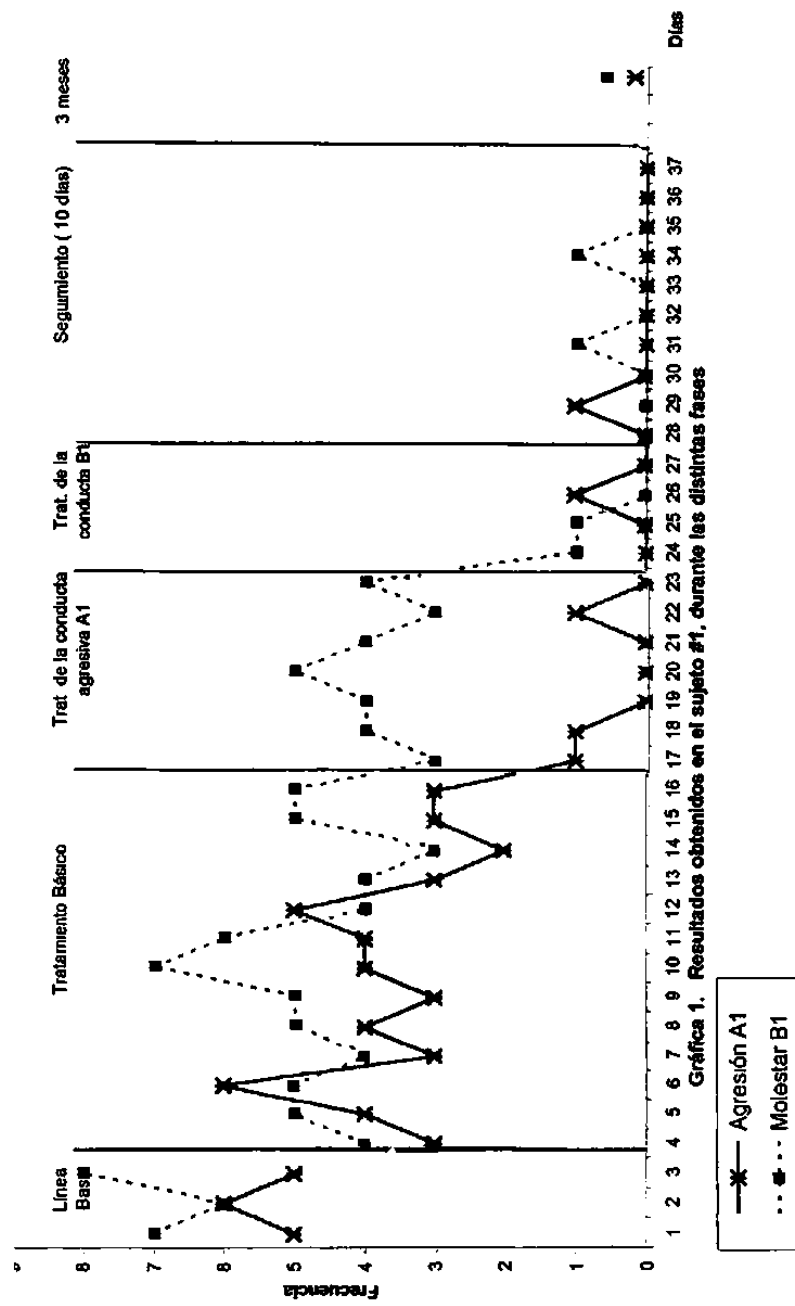
Línea Base		Trat Básico		Trat de la conducta A <sub>1</sub>		Trat de la conducta B <sub>1</sub>		Seguimiento (10 días)		Seguimiento (3 meses)	
A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>
53	7	361	476	420	385	25	50	1	2	2	6

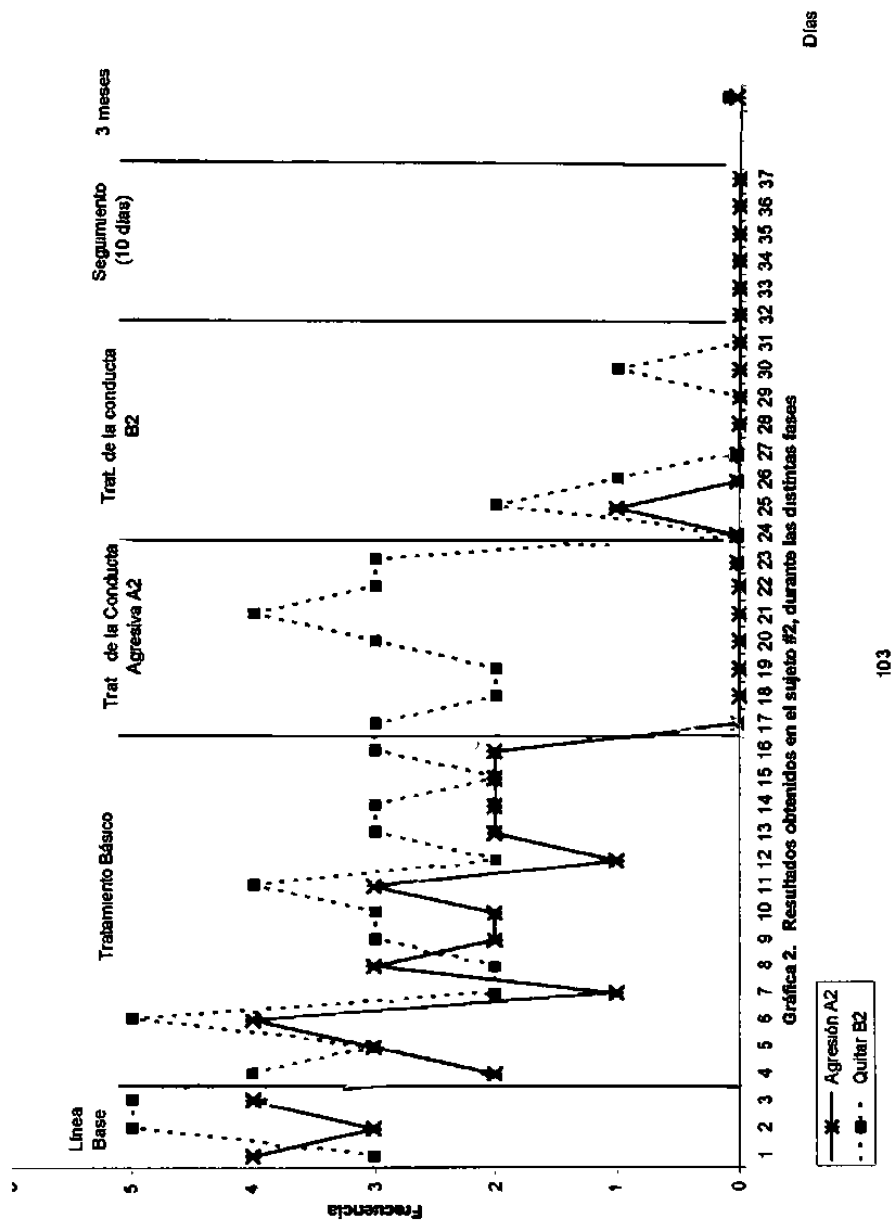
A<sub>1</sub> = Agresión  
B<sub>1</sub> = Molestar

**Cuadro IV. PROMEDIO DE FRECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS A2 Y B2 EN EL SUJETO #2 EN LAS DIFERENTES FASES.**

Línea Base		Trat Básico		Trat De la conducta A <sub>2</sub>		Trat De la conducta B <sub>2</sub>		Seguimiento (10 días)		Seguimiento (3 meses)	
A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>
3 66	4 33	2 23	3 2	0	2 85	2 5	.75	0	1	033	1

A<sub>2</sub> = Agresión  
B<sub>2</sub> = Quitar





**Capítulo Cuarto:**  
**Análisis de los Resultados**



## **Análisis**

En este estudio se utilizó un diseño de línea base múltiple a través de conductas, para tal propósito se identificaron dos tipos de conductas metas para cada sujeto. Estas conductas se midieron con el fin de proporcionar una línea base en comparación con las cuales se podían evaluar los cambios.

La fase de intervención consistió en el tratamiento cognitivo – conductual en que se les enseñó a los niños a utilizar autoinstrucciones, a “pensar antes de actuar”, aprender a reconocer los problemas y generar alternativas de soluciones, pensar en las consecuencias, anticipar obstáculos y utilizar estrategias, para controlar su comportamiento. Esto produce un dominio básico, Braswell y Blomquist (1991)<sup>1</sup>, sobre el cual se fundamenta otras conductas metas a corto plazo. Este dominio se dispuso en las primeras cinco sesiones que constituyen las bases para lograr las conductas metas a través de las sesiones siguientes.

En las primeras cinco sesiones no se observó un franco descenso de la conducta agresiva ( $A_1$ ) ya que aparentemente no se dio una generalización en el sentido amplio de término, sin embargo se produjo una leve declinación de la misma (ver gráfica 1).

---

<sup>1</sup> Lauren Braswell y Michael Bloomquist. Op. cit., p. 165  
105

Zulzer – Azaroff y Mayer, R (1990), descubrieron que algunos clientes generalizan con rapidez sus conductas a otras situaciones, mientras que otros no

A partir de las sesiones 6, 7 y 8 se registró un descenso significativo, ya que se proporcionó al sujeto un entrenamiento específico para el control de la ira/frustración, cuya deficiencia induce un comportamiento agresivo ( $A_1$ ) mientras se observó un ligero cambio en la otra conducta perturbadora ( $B_1$ )

Cuando se aplicó el tratamiento específico para la conducta ( $B_1$ ) en las sesiones 9 y 10 se notó una disminución en la frecuencia de esta conducta, lo cual aumentó la evidencia de que la variable experimental era efectiva.

Al replicar el procedimiento ocho meses después en el sujeto #2 con el síndrome de T D A.H para reducir la conducta agresiva ( $A_2$ ) y la otra conducta perturbadora ( $B_2$ ), los resultados gráficamente mostraron una tendencia similar, esto nos indica que la validez aumentó por el hecho de que el efecto se produjo en dos individuos, sin embargo la replicación del procedimiento que produce resultados similares entre sujetos con características parecidas, limita la generalidad de los resultados a ese grupo en particular, Zulzer – Azaroff y Mayer (1990)

Un seguimiento posterior de tres meses en el sujeto #1 nos señaló que los efectos aún se mantenían, ya que a pesar de que se presentó una leve recuperación en la conducta agresiva ( $A_1$ ), su presentación era significativamente menor en frecuencia e intensidad. Igualmente en la conducta de molestar a otros ( $B_1$ ) reapareció pero en una frecuencia baja, en comparación con la línea base

Siete meses después de haber suspendido el tratamiento, el niño fue remitido por la maestra de grado, debido a que presentaba dificultades de aprendizaje, sin embargo la madre informó que no había sido citada por problemas sobre las conductas tratadas

En el sujeto #2, durante el seguimiento de tres meses, después de haber suspendido el procedimiento, aún los efectos persistirían, sin embargo la conducta de “quitar las cosas a los demás” se reactivó pero en una frecuencia mucho menor

La conducta agresiva se había presentado ocasionalmente, sin generar los problemas anteriores, debido a que había logrado un autocontrol que le permitía relacionarse adecuadamente

Las condiciones ambientales influyeron para que se generalizara el procedimiento ya que un niño que no presenta conducta de agresión física facilita otros procedimientos y mejora otras áreas, en este caso las conductas prosociales, Camp, Bloom, Herbert y Van Doormick (1977)

En su conjunto, las intervenciones de la terapia cognitiva – conductual tienen resultados variables. Si puede aliviarse algo es la impulsividad, pero no otros problemas, Kendall y Panichelli – Mindel (1995)

Las autoinstrucciones, suelen requerir reforzamiento, de modo que el niño no se quede sin un control externo, Wicks e Israel (1997)<sup>34</sup>, lo cual concuerda con el principio de la terapia conductual, que sostiene que cuando una conducta es seguida

---

<sup>34</sup> Rita Wicks-Nelson et al p 234

de consecuencias ambientales favorables este comportamiento se mantiene

Uno de los elementos que nos indica que el procedimiento produjo un efecto, en los sujetos , fue el cambio en el comportamiento, cuya historia en el ámbito escolar señalaba un mantenimiento relativamente extenso de tales conductas perturbadoras, previo al tratamiento

A través del análisis visual de las gráficas 1 y 2 incluyendo la historia de los comportamientos de ambos sujetos y el cambio que se produjo durante la intervención, nos lleva a deducir que los efectos no se obtuvieron por casualidad. Recordamos que este enfoque hace énfasis en que la significancia social, personal o clínica, prevalece sobre el aspecto estadístico

Aunque la validez de un estudio de caso único, se mejora a través de medidas objetivas, esto no implica la exclusión de consideraciones subjetivas, ya que un estudio de caso puede producir resultados significativos y aún no ser reconocidos como aceptable para el sujeto o sus cuidadores. En cuanto estos aspectos los maestros y los acudientes reconocieron el cambio favorable de los sujetos, lo que facilitó en cierta medida el mantenimiento de la reducción de las conductas perturbadoras y un mejoramiento de las relaciones interpersonales

Resaltamos que la respuesta a la siguiente interrogante constituye un punto fundamental de esta investigación: ¿ los cambios obtenidos en las conductas metas ayudan al individuo a funcionar de una forma más adaptable en la sociedad?

Consideramos que a pesar de que no se eliminó totalmente las conductas metas, estas presentaron una notable declinación que favoreció el funcionamiento de manera adaptable a los sujetos del estudio

**Capítulo Quinto:**  
**Conclusiones y Recomendaciones**

## **Conclusiones**

- 1 La terapia cognitiva – conductual es un tratamiento que debe considerarse para el manejo de la agresión en los niños con T D A.H
- 2 La terapia cognitivo – conductual no cura el T D A H , solamente ayuda al control de los síntomas
- 3 A través de ésta terapia, básicamente el niño aprende a pensar antes de actuar de tal forma que pueda regular su comportamiento
- 4 En este tratamiento las medidas de las conductas metas no retornan a los niveles de línea base, ya que se producen aprendizajes de autocontrol y conductas prosociales, que las contingencias ambientales refuerzan en forma natural
- 5 Mediante el procedimiento cognitivo – conductual el niño aprende a ver como su comportamiento afecta a otros y a desarrollar nuevas formas de responder cuando esta enojado o cuando es provocado
- 6 La reducción de la conducta agresiva facilita el tratamiento de otras conductas perturbadoras que están asociadas al T D A H
- 7 El impacto del efecto del tratamiento en el cambio del comportamiento, dada la historia de las conductas metas, nos lleva a concluir que el procedimiento posee funcionalidad
- 8 Al lograr la comprensión del síndrome por parte de los adultos que están a cargo del niño se consigue modificar la manera de considerar la conducta del niño y a la vez esto facilita la colaboración y disposición para cambiar las condiciones que

induce un comportamiento adecuado Estos cambios favorecen la implementación de otros componentes del sistema de control de T D A H

- 9 Cada sujeto en particular, responde en forma diferente al tratamiento cognitivo – conductual, durante las diferentes fases La investigación experimental de cambio de conducta es sumamente difícil, especialmente por los factores psico-sociales que influyen en la consistencia del procedimiento aplicado, y que se requiere en una investigación experimental de campo
- 10 A través de este estudio llegamos a converger en los hallazgos presentados por Fisher, M. y Barkley (1993) un buen nivel socioeconómico y educativo de la familia y un mejor cociente intelectual, están relacionados positivamente con el desempeño académico y un menor índice de trastorno de conductas graves También podemos enfatizar entre otros aspectos, que el nivel de T D A H. influye en el pronóstico
- 11 Aunque no se logró la extinción total de las conductas de agresión y de las otras conductas perturbadoras, estas descendieron a niveles de adaptación en el ámbito escolar
- 12 En nuestro país es un diagnóstico que se está considerando con mayor frecuencia, gracias a los esfuerzos de la Fundación DA de Panamá y de algunos profesionales que apoyan esta organización Pero estimamos que en nuestro medio, aún gran parte de los niños no son identificados adecuadamente, lo cual hace que no se reciban los tratamientos correspondientes o que estos se les brnde en forma incompleta y por consiguiente no son suficientemente eficaces



## **Recomendaciones**

En concordancia con este estudio y de las investigaciones recientes sobre el T D A H podemos sugerir las siguientes recomendaciones

- 1 Los tratamientos que enfrentan el T D A H deben ser combinados para mayor eficacia, desde la medicación hasta las distintas intervenciones psicoterapéuticas, ayuda psicopedagógica y apoyo familiar ya sea a través de organizaciones como la fundación DA de Panamá y similares
- 2 La implementación de un programa cognitivo – conductual debe variar de acuerdo a las condiciones biosicosociales de cada niño
- 3 La generalización de los efectos de esta terapia y el mantenimiento de los mismos a largo plazo, deben ser investigados con mayor profundidad
- 4 Un grupo importante de niños que utilizan los medicamentos no mejoran o tienen efectos colaterales desagradables Algunos padres rechazan la terapia farmacológica para sus hijos, en tanto que otros la suspenden de manera anticipada, con frecuencia por que a los niños no les gusta ingerir medicamentos, por consiguiente hay que contemplar otros procedimientos no medicamentosos
- 5 Capacitar a los docentes en la detección, manejo y enseñanza de los niños con T D A H (los maestros frecuentemente son objetos de críticas tanto de los padres como de algunas directores de escuelas que tratan de culpar a los maestros por ser “incapaces de controlar sus clases”)
- 6 Los niños con T D A H. que tienen como problema asociado las dificultades de

aprendizaje, necesitan ser considerados en los programas especiales de educación, por lo menos en las áreas que se ameritan

- 7 Los padres deben asesorarse con profesionales idóneos sobre los tratamientos reconocidos por la comunidad científica, ya que existen un sin número de intervenciones que ofrecen expectativas falsas
- 8 Investigar el índice de prevalencia del TDAH en nuestro país, a través de criterios claramente establecidos y reconocidos para poder implementar programas de apoyo adecuados a los niños que padecen de este síndrome

## **Bibliografía**

## **BIBLIOGRAFIA**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** 1987. **Diagnostic and statistical manual mental disorder.** Tercera edición revisada. American Psychiatric Association Washington, D C , 789 págs
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** 1994. **DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Traductores Tomás Flores Formenti et al cuarta edición. Mason, S A , Barcelona, 909 págs
- BARKLEY, R.** 1993 **An update on draft of DSM-IV criteria for ADHD.** En the ADHD Report Guilford Press, New York (1) 1 – 4
- BARKLEY, R.** 1997 **Defiant children.** Primera edición Guilford Press, New York, 264 págs
- BARKLEY, R.** 1998 **ADHD, Ritalin, and conspiracies: Talking back to Peter Breggin.** CH.A.D.D er Box [http //www Chaddd org/news/russ-review htm](http://www.Chaddd.org/news/russ-review.htm)
- BETHANCOURT, F.** 1998 **Recurso de apoyo en la cátedra de psicopatología de la Universidad de Panamá.** Mecanografiado, 4 págs
- BIAGGI, R.H.** 1996 **Trastorno por déficit de atención.** ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica (3) 1 – 7
- BIEDERMAN, J. y NEWCORN J.S** 1991 **Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorder** American Journal of Psychiatric 148 564- 577
- BIEDERMAN J., SPENCER T., WILWNS, T.E. y SPRICH-BUCKMINSTER S.** 1995 **Attention-deficit hiperactivity disorder: Pharmacotherapy.** Vol 1 Cap 8 En Treatments of psychiatric disorders Second edition Glen O Gabbard, 696 págs , págs 167 – 187
- BLECHMAN, E.A** 1995 **Coping, competence and aggression prevention Part. 1 Development Model** Applied and preventive Psychology Cambridge University Press, New York, 4 211 – 232
- BRASWELL, L. y BLOOMQUIST, M.** 1991 **Cognitive – Behavioral therapy with ADHD children.** Primera edición. The Guilford Press, New York, 395 págs
- BROWN, T.** 1994 **The many faces of ADD: Comorbidity.** ADD and Adolescence En Strategies for Success from CH.A.D.D Plantation, FL N° 33317 4 págs

- BURNSTEIN, L.** 1998 **Attention – deficit hyperactivity disorder in children.** The need for a multidisciplinary approach to treatment. The Medical Journal of Allina Vol 7 (1) 1 – 5
- CH.A.D.D.** 1996 **Children and adults with attention deficit disorder.** National support group for patients and families. Local chapter at 499 NW 70 Avenue Suite 308, Plantation Florida, USA 33317
- CH.A.D.D.** 1998 **School discipline** [http://chadd.org/papers/school discipline1 htm](http://chadd.org/papers/school%20discipline1.htm)
- CH.A.D.D.** 1998 **“Talks back” to Peter Breggin.** [http://www.chadd.org/news/press 04-13-48 htm](http://www.chadd.org/news/press%2004-13-48.htm)
- CH.A.D.D.** 1999 **Controversial treatments for children with attention deficit disorder.** [http://www.chadd.org/facts/add facts 4 htm.](http://www.chadd.org/facts/add%20facts%204.htm)
- CH.A.D.D.** 1999 **Findings of the National Institutes of Health Promising, but fall short.** [http://www.chadd.org/attention/attnv5n3p19 htm](http://www.chadd.org/attention/attnv5n3p19.htm)
- CH.A.D.D.** 2000 **AD/HD Co-existing disorders.** [http://www.chadd.org/facts/add.facts](http://www.chadd.org/facts/add%20facts)
- DENDY, C.Z.** 1995 **Teenagers with ADD a parent's guide.** Primera edición. Woodbine House, Inc. Bethesda, M.D., USA, 370 págs
- ENGLER, B.** 1996 **Introducción a las teorías de la personalidad.** Traductor Jorge A. Velázquez Arellano. 4º ed. McGraw-Hill, México, D.F., 557 págs
- EDWARDS, G.** 1993 **Short-term treatment model for ADHD/ODD.** En The ADHD Report. Guilford Press. New York. (1) 4 – 5
- ELLIS, A. y HARPER, R.A.** 1975 **A new guide to rational living.** 1º ed. Wilshire Book Company. California, 233 págs.
- FEINDLER, E.L.** 1991 **Cognitive strategies in anger control interventions for children and adolescence.** Newbury Park. 3 66 – 93
- FISHER, M. y BARKLEY, R.** 1993 **The adolescent outcome of hiperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social and emotional adjustment.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (32) 324 – 332
- GARCÍA, M.E. y MAGAZ, A.** 2000 **Actualidad sobre el TDA-H.** <http://www.tda-h.com/actualidad.html>

- GARFINKEL, B. y WENDER, P.H.** 1989 **Attention-deficit hiperactivity disorder.** Cap 37,2 En: H.I Kaplan y B J Sadock (editores) **Textbook of psychiatry** Sexta edición. Williams and Wilhams. Baltimore 1970 págs , págs.: 1828 – 1836.
- GOLMAN, H.H.** 1995. **Review of general psychiatry.** Cuarta edición. Appleton S Lange, Inc. 678 págs
- GORDON, M.** 1996 **Diagnosis and treatment.** Cap 1 En: ADD and Adolescence: Strategies for Success from CHADD Primera edición. Rosenberg Communications, Inc., Plantation Florida. 196 págs , págs. 1 – 3
- HERNÁNDEZ, S.R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTIST, L.** 1996 **Metodología de la investigación.** Segunda edición M<sup>c</sup>Graw-Hill, México, 505 págs
- HERRANZ, J.L.** 1999 **Tratamiento farmacológico del niño con trastorno de atención e hiperactividad.** <http://www.cop.es/tda/herranz.htm>
- KERLINGER, F.N.** 1986 **Investigación del comportamiento: técnicas y metodología.** Traductor José Rafael Belengio y José Carmen Pecina. Segunda edición. Nueva Editorial Interamericana, México, 525 págs
- KRATOCHWILL, T.R., MOTT, S.E. y DODSON, C.L.** 1984 **Estudio de caso e investigación de caso único en psicología clínica y aplicada.** Cap 3 En Bellack, A. et al **Métodos de investigación en psicología clínica.** Primera edición. Editorial Desclee de Brower, Bilbao 320 págs., págs · 67 – 113
- LEALY, R.L.** 1996 **Cognitive therapy.** Basic principles and applications Primera edición Jason Arosen, Inc , Northvale, New Jersey 250 págs
- LOCHMAN, J.E., WHITE, K.J. y WAYLAND, K.K.** 1990 **Cognitive-behavioral assessment and treatment with aggressive children.** En V B Van Hasselt and D J Kolko (editores) **Inpatient behavior therapy for children and adolescent** Plenum Press, New York 326 págs , págs 25 – 26
- M<sup>c</sup>GOUGH, J. y CANTENWELL, D.P.** 1997 **Currents trends in the medication management of attention deficit disorder.** Cap. I. En. ADD and adolescence Strategies for Success from CH.A.D.D. Primera edición Rosenberg Communications, Inc , Plantation Florida. 196 págs , págs 13 – 15
- MICHAINI, C.** 1996 **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.** ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. (2). 1 – 14.

- MONTEROLA, A.** 1999. **Déficit atencional e hiperactividad (DAH).** Experiencia de diagnóstico y tratamiento en pacientes personalmente controlados. En López, I et al (editores). "Síndrome de déficit atenciones, neurobiología, diagnóstico y tratamiento" Primera edición. Editorial Universitaria. Chile 269 págs, págs. 225 – 254
- NAMKA, L.** 1997 **The dynamics of angers in children.** <http://members.gol.com/angries/out/teach6.htm>
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH.** 1996 **ADD.** E U N° 97 – 3572 1 – 30 págs
- PARKER, H.** 1995 **Assesment of attention deficit disorder: A team approach.** Plantation, Florida. CHA D.D er Box. 8181. Webmaster@chadd.org
- POLITIS, S.** 1999 **ADD, cualquier niño lo puede padecer.** En: Stilos La Revista. Panamá 6 (2) 54 – 56
- RABINER, D.** 1999 **Behavioral treatment for ADHD: A general overview.** Friday's Progress Notes <http://athealth.com/quest/rabinerd.html>
- SAFER, D.J.** 1995. **Medication usage trends for ADD.** Cap. 1 En ADD and adolescence Strategies for Success from CHA D.D Primera edición Rosenberg Communications, Inc , Plantation Florida, 196 págs , págs : 16 – 18.
- SARANSON, L.G. y SARANSON, B.R.** 1996 **Psicología anormal.** El problema de la conducta inadaptada. Traductor Concepción V De Parres Cárdenas Primera edición. Prentice Hall, México, 677 págs
- SUE, D., SUE, D. y SUE, S.** 1995 **Comportamiento anormal.** Traductor Jorge A. Velázquez Arellano. Primera edición. McGraw-Hill, México, 608 págs.
- SULZER, A. y MAYER, B.R.** 1990 **Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes.** Traductor José Salazar P Segunda edición. Editorial Trillas México, 704 págs
- TAYLOR, J.F.** 1996. **Building conscience and self control skills in children and adolescence with AD/HD.** Cap. 3. En: ADD and adolescence Strategies for Success from CHA D.D Primera edición. Rosenberg Communications, Inc., Plantation Florida. 196 págs., págs : 65 – 66.
- WENDER, P.** 1995 **Attention deficit hiperactivity disorder in adults.** Primera edición. Oxford University Press, New York, 380 págs

**WICKS, N.R.** et al. 1997 **Psicopatología del niño y del adolescente.** Traductor. Isabel O Santos y Eduardo Muñoz Tercera edición. Prentice Hall, Madrid, 520 págs

**WODFOLK, A.** 1996 **Psicología educativa.** Traductor José J. Díaz Sexta edición. Prentice Hall, México, 642 págs.



## **Apéndice**

## **Sesiones básicas del tratamiento (1-5)**

### **Sesión N° 1**

#### **Objetivos:**

- 1 Introducir al niño en el programa.
- 2 Planear las contingencias.
- 3 Iniciar la resolución de problemas y los métodos de autoinstrucciones
- 4 Empezar las autoinstrucciones con las técnica de relajación simple

#### **Procedimiento**

##### **Introducir el programa**

Se empezó el proceso terapéutico tratando de desarrollar el rapport con el niño Braswell y Blonquist (1991), sugiere un modelo animado, para hacer la sesión lo más divertida posible

“En las próximas sesiones dedicaremos aproximadamente una hora para aprender algunas formas especiales en la que puedas conversar o hablar contigo mismo, en diferentes situaciones tales como en la escuela, en las tareas o ante problema diferentes” ¿Cuándo haces cualquier cosa siempre hablas contigo mismo o conoces algunas personas que hablan consigo mismo?

En esta etapa se estimuló al niño a presentar ejemplos personales en la cual había utilizado la autoconversación tal como en la realización de operaciones de suma y resta y cuando la madre lo manda a la tienda a comprar algunos artículos Los

problemas expuestos por el terapeuta sobre la autoconversación eran para resolver problemas o enfrentar una situación nueva o difícil

Se planteó al niño ¿Qué si hablar consigo mismo significaba que uno está loco o que siempre hay algo malo? El niño dio ejemplos de familiares como, mamá, abuelo, etc. Se instruyó al niño en la utilización de la autoconversación ante un problema con un compañero. Se le sugirió que pensara acerca de situaciones similares

En esta etapa se le explicó las contingencias en la cual el niño podía ganar puntos por seguir las reglas, por presentar comportamientos sociales asertivos y resolver problemas, y también las posibilidades de perder puntos por conductas perturbadoras. Las contingencias se utilizaron en cada sesión individual. Kendall y Braswell (1985).

#### **Resolución de problemas y entrenamiento de autoinstrucción**

Este punto representa un elemento fundamental por resolver problemas en forma asertiva. Se explicó al niño que “tenemos una forma especial de autoconversar o hablar consigo mismo, cuando estamos ante situaciones difíciles que deseamos enseñártela”.

##### **¿Cómo hablar de las cosas que me digo a mí mismo?**

Este paso lo llamamos plan. El plan es hablar de las cosas que me digo y su significado. Esta fase fue utilizada para poner atención en las acciones, control de impulso y resolver problemas. El propósito fue de aprender a pensar antes de actuar, también aprender a reconocer cuando un problema existe y producir alternativas de

solución, pensar en las consecuencias, anticipar los obstáculos, utilizar estrategias para controlar su comportamiento

Se introdujo los 5 pasos como la estrategia de resolución de problemas a través de las autoinstrucciones.

¡Parar! ¿Cuál es el problema?

¿Cuáles son algunos planes?

¿Cuál es el mejor plan? (forma)

Ejecutar el plan

¿Funciona el plan?

Esta exposición fue la que se presentó “¿Podemos resolver un problema si nosotros no sabemos cuál es? Por supuesto que no, de tal forma me digo a mí mismo que tengo que hacer es parar y ver cuál es el problema. Ahora escribiré ¡Parar! ¿Cuál es el problema?

Después que expuso los hechos que motivó que la maestra lo remitiera a la dirección. Se le solicitó que generara algunos planes y los subsiguientes pasos para resolver situaciones conflictivas. Se solicitó al niño que dijera en voz alta los cinco pasos.

#### **Se practicó la solución de problemas y las autoinstrucciones**

El terapeuta presentó un ejemplo de cómo los cinco pasos pueden ser utilizados para resolver simples dilemas diarios que no involucrara una carga emocional o interpersonal de conflictos, como por ejemplo, no tener una pluma para

efectuar el ejercicio, no contar con un libro para realizar la tarea. Se siguió los pasos a partir de las definiciones del problema y de la alternativa escritas en el papel

Las alternativas positivas como las negativas fueron escritas, incluso aquellas que reflejaban pasividad. Se trabajó en un numero limitado de situaciones de problemas de manera más intensa que intentar abarcar muchos problemas en forma superficial

### **Relajación**

Dado que los niños que padecen de T D A.H. les es difícil seguir los ejercicios extensos de relajación. Se utilizó la técnica recomendada para los niños que padecen de este síndrome, es decir, la técnica del “robot” y la del “muñeco de trapo”, descrita por Kendall y Braswell (1985)

Esta técnica simplemente requiere que el niño tense todos los músculos y se ponga rígido o tieso como un “robot” y que mantenga esta tensión por 10 – 15 segundos y luego relaja sus músculos como si fuese un muñeco de trapo y mantiene la relajación por 30 segundos. La secuencia de tensión/relajación se repite de dos a tres veces

### **Autoevaluación y el procedimiento de reforzamiento.**

La autoevaluación y el procedimiento de reforzamiento se incluyó al final de cada sesión. Esto incluye decirle al niño al comenzar la sesión que si trabaja con mucho esfuerzo ganará una recompensa al final de la sesión.

La recompensa consistía en un pequeño objeto o golosina.

Se utilizó el siguiente formato.

¿Cómo fue mi esfuerzo o mi trabajo?

1	2	3	4	5
Nulo	Poco	Regular	Bueno	Excelente

Sesión N° 2

### **Reconocimiento del problema I**

#### **Objetivos**

- 1 Ayudar al niño a reconocer señales externas considerando la existencia de un problema.
- 2 Modelar y reforzar contacto visual apropiado

#### **Procedimiento**

#### **Revisión**

Se solicitó al niño que efectuara una revisión de sucesos ocurridos en el periodo anterior a la sesión #2, presentando especial atención en aquellos en la que tuvo la oportunidad de utilizar un plan de solución de problemas. Al inventar algunos planes en la sesión, se le permitió hacerlo ya que esto estimula al niño a pensar acerca de cómo debe aplicar un plan durante el periodo de pausa y se le motivó a que iniciara la utilización de un plan real durante la semana.

#### **Establecimiento de una conducta social meta**

Se le explicó cliente que en cada sesión se trabajaría una conducta social y que obtendría refuerzos por presentar la conducta objeto

Se le efectuó preguntas sobre el significado de contacto visual, para explorar lo que el niño conocía al respecto

Se elaboró explicaciones al niño y se modeló lo que es el contacto visual apropiado e inapropiado.

### **Revisión**

Sobre solución de problemas y autoafirmaciones

Repasar los pasos aprendidos en la sesión #1 Se utilizó nuevamente el papel periódico preparado en la sesión anterior.

A través de un cuestionamiento se efectuaron las siguientes interrogantes

¿Qué es lo primero que debemos hacer para resolver un problema?

¿Puedo resolver el problema, sin empujar? ¿O necesitamos parar y pensar? Aquí el niño generó las posibles consecuencias de cada solución propuesta.

¿Podemos resolver un problema si no sabemos cuál es?

A través de este cuestionario se dirigió al niño a descubrir el primer paso. Las preguntas inicialmente eran generales para inducir respuestas Este procedimiento se llevó a cabo con los pasos restantes.

### **Explicación de la importancia del reconocimiento del problema.**

Se le dio a conocer que en las primeras (3) sesiones, se utilizaría para aprender cómo una persona puede reconocer cuál es el problema o cuándo existe una dificultad. Se recalcó al niño que este componente puede ser el elemento más importante de cualquier tipo de solución de problema, debido que si una persona falla

en reconocer la existencia de un problema, no es mucho lo que puede hacer al respecto

El niño demostró con sus respuestas que tenía comprensión del término “reconocimiento de problema” Ejemplo “si no veo el balón no lo puedo patear” Esto implicaba que se le podía solicitar que pensara en las posibles consecuencias si falla en reconocer diferentes tipos de problemas o de dificultades que surgen Aquí se utilizó ejemplos no referido a personas para facilitar la comprensión de este punto, se le preguntó al niño que pasaría si un chofer que maneja un “autobús” no sabe que significa que es la luz roja o que significa el letrero de alto Qué pasaría si un individuo no lee la etiqueta de un frasco con purgante y la persona toma este contenido y tiene diarrea u otro malestar semejante

#### **Análisis de signos externos**

En esta fase se modeló para que reconociera señales externas, tales como expresiones faciales (ejemplo serio y sonrisa) y posturas corporales (ejemplo cruzar los brazos, bajo tono de voz, mirada al piso). Como reconocer situaciones confusas Ejemplo. reconocer cuando los niños están en broma o identificar cuando alguien esta ofendido. Se solicitó al niño que demostrará como la cara de su maestra o pariente se ven cuando se ponen enojados Este ejemplo muestra una realidad que el niño normalmente experimenta.

Después de varios ejemplos de expresión facial, se le solicitó que mencionara que pensaba, acerca de señales que obtenemos justamente cuando vemos a alguien en una postura corporal o con una actitud.



Se modeló ejemplos de una postura corporal que comunica relativamente mensajes claros, seguidamente se le preguntó que se estaba comunicando

Después del análisis de la posición corporal, se presentó el concepto de la comunicación con nuestro tono de voz

Se modeló diferentes tonos de voz que frecuentemente se utilizan, se le solicitó que identificara los diferentes significados inherentes a estos. El niño tenía que mostrar y señalar el significado para cada tono de voz en particular

Se efectuó un resumen que señalaba que las personas no solamente envía a los demás señales a través de la expresión facial, postura corporal y tono de voz, si no también contamos con las palabras. Se le ayudaba al niño que presentara ejemplos de expresiones faciales, postura corporal, tono de voz y palabras. Los ejemplos fueron escritos en papel periódico

#### **Análisis de señales internas**

El niño percibió el significado o las señales externas del ambiente, por consiguiente terapeuta introdujo el análisis de cómo reconocer señales internas o personales, tales como sentimientos (ejemplo, tristeza, enojo); pensamientos (ejemplos, pensamiento de tristeza, pensamiento de enojo) y señales corporales (ejemplos, músculos tensos, rápida palpitaciones cardiacas y sudoración)

Se ayudó al niño a reconocer sus señales afectivas, cognitivas y psicológicas a través de tener que recordar experiencias altamente emocionantes y explicar lo que había sentido y pensado. Se le preguntaba sobre las señales que había observado en otros. Se le estimulaba para que el citara diferentes tipos de problemas que ocurren en

la casa, en la escuela y con amigos. Cuando el problema era identificado se estimulaba para discutir las señales internas y externas que señalaban cual era el problema

#### **Relajación**

#### **Revisión y retroalimentación**

#### **Autoevaluación y reforzamiento.**

### **Sesión N°3**

#### **Reconocimiento de problema II.**

##### **Objetivos**

- 1 Ayudar al niño a reconocer señales internas al considerar la existencia de un problema.
- 2 Practicar la habilidad de reconocimiento de problemas.
- 3 Modelar y reforzar el contacto visual apropiado

##### **Procedimiento**

- Revisión de los hechos de la semana anterior
- Establecer la conducta social meta.
- Recordar al niño que el reforzamiento por contacto visual apropiado se mantiene

##### **Análisis de señales internas**

Se revisó la noción de señales externas y se explicó al niño que las señales pueden surgir de nosotros y que estas son las que conocemos como señales internas Por

ejemplo, se le preguntó al niño que significa cuando el estómago grufie. – significa que tiene hambre. Se le preguntó al niño qué significa si tiene dolor de cabeza y la nariz tapada. Esto significa que probablemente tenga un resfriado.

Se le explicó al niño acerca de 3 tipos diferentes de señales internas que son: pensamientos, sentimientos y señales corporales.

#### **Señales de pensamientos**

Son aquellos que provienen de nuestros pensamientos íntimos. Se le preguntó al niño que es pensamiento en términos de un problema. “Yo no gusto de ellos, buscan y no aguantan”. Se le solicitó al niño que generara muchas señales de pensamientos que pueden ser representativos de diferentes tipos de problemas. Se anotaron las señales de pensamientos en el papel periódico.

#### **Señales de sentimientos**

Se invirtió tiempo analizando diferentes tipos de sentimientos. Esto fue de ayuda porque generó un cuadro de sentimientos, para facilitar la discusión. El terapeuta analizó junto con el niño algunos sentimientos básicos tales como ira, tristeza, felicidad, temor. También se analizó los sentimientos y los problemas asociados a estos. Por ejemplo, si alguien está enojado (bravo) ¿Qué tipo de problema puede estar asociado con este sentimiento?

#### **Señales corporales**

Se explicó al niño que existen una variedad de señales provenientes de nuestro cuerpo tales como músculos tensos, corazón acelerado, sudoración, “manposas en el

estómago". En este renglón se solicitó ejemplos de señales corporales y con qué tipos de problemas pueden estar asociados.

Los ejemplos emitidos se anotaron en el papel periódico.

#### **Reconocimiento de problemas**

Se solicitó al niño que mencionara ejemplos de diferentes tipos de problema que pueda ocurrir en la casa, escuela o con sus amigos

El terapeuta modeló una situación diciendo los pensamientos en voz alta. El niño tenía que reconocer el problema representando. Una vez identificado el mismo, se analizó como se reconoció el problema y cuáles fueron las señales que le indicaron el tipo de conflicto

#### **Relajación**

#### **Revisión y retroalimentación**

#### **Autoevaluación y reforzamiento.**

### **Sesión N°4**

#### **Soluciones alternativas y pensando en las consecuencias**

#### **Objetivos**

- 1 Introducir el concepto de soluciones alternativas y generación de lluvia de ideas
- 2 Introducir el concepto de pensar en las consecuencias
- 3 Modelo y reforzamiento de expresión apropiada de sentimientos.

### **Procedimiento**

En esta fase el niño empezó a entender el concepto de señales como parte de reconocimiento de problemas. Sobre este punto, cuando el niño utilizaba un plan se le preguntaba que identificara las señales que le indicaba que tenía un problema. En otras palabras, el niño debía identificar la señal y luego a través de los 5 pasos del proceso de autoinstrucciones definir el problema. El niño recibía reforzamiento por esto. A través de la repetición de este proceso que se implementó en las diferentes sesiones, el niño fue solidificando la comprensión y utilización de habilidades de reconocimiento de problemas.

- Revisión
- Establecer la conducta social meta.

Se le explicó que en la presente sesión se trabajaría sobre como expresar los sentimientos apropiadamente. Se le preguntó que si alguna vez había mostrado sus sentimientos de tal forma que la situación se tornará aún peor. El terapeuta modeló y utilizó el ejemplo de un niño que le da un “berrinche” o reacciona inapropiadamente. Se aseguró que los ejemplos ilustraran que la inadecuada expresión de los sentimientos no ayuda al niño obtener lo que él desea. El terapeuta preguntó al niño que podían hacer para que la forma de expresar los sentimientos fueran más apropiadas. El terapeuta explicó y modeló un ejemplo.

Sentimientos “Yo me siento \_\_\_\_\_ cuando tu \_\_\_\_\_”, en vez de “ me haces \_\_\_\_\_”

Se enfatizó que los sentimientos no son malos, de hecho es una importante señal para sí mismo y para otros. Más bien se trata de cómo expresar o mostrar los sentimientos que pueden ayudarnos o que pueden llevarnos a un problema.

El niño modeló apropiadamente la expresión verbal de sentimiento de enojo “Yo me siento enojado, cuando coges mis cosas sin mi permiso”. Se informó al niño que obtendría puntos por la expresión apropiada de sentimientos durante el juego de papeles, análisis y solución de problemas. Se reforzó en los casos que ameritaba reforzar por aproximaciones sucesivas las formas ideales de expresar los sentimientos.

#### **Generando alternativas**

Se introdujo el concepto de generación de soluciones alternativas. Se solicitó que tenía que efectuar el paso #2 del proceso de solución de problemas. Se guió al niño para la práctica de generar un número de soluciones o alternativas para cualquier problema.

Se explicó el valor de ser capaz de pensar en más de una solución ante un problema. La creatividad se logró a través del método de lluvia de ideas. Con dicho procedimiento era de vital importancia, abstenerse de juzgar la cualidad de cualquier solución en particular.

Para estimular al niño en la generación de alternativas se empezó con un absurdo o un problema cómico. Ejemplos, “Cómo se puede transformar las canicas en oro” o “Cómo se puede hacer volar a un elefante”. Según Braswell (1991), estos ejemplos estimulan la imaginación del niño y ayuda por ende a ser más creativo en

las soluciones que genera. Después se pasó a que el niño presentara ejemplos prácticos tal como: “Cuáles son algunas formas diferentes de arreglar las sillas en el salón”.

En esta fase el terapeuta no juzgó las soluciones expuestas, el niño presentó algunas soluciones inapropiadas, pero en este punto el propósito era la lluvia de ideas y no la crítica.

#### **Pensando en las consecuencias**

Después que el niño tenía la noción de generar soluciones alternativas para un problema; se guió al niño a la evaluación de las consecuencias de cada una de las posibles soluciones.

El análisis de las consecuencias incluyó la estimulación del niño para pensar anticipadamente las consecuencias emocionales y de conducta tanto para él mismo como para los demás.

#### **Ejercicio de pensando en las consecuencias**

Usando las alternativas generadas en el ejercicio de lluvia de ideas se le solicitó al niño que pensara varias consecuencias de cada alternativa. En esta fase el terapeuta anotó las consecuencias anticipadas y se le dio la oportunidad al niño de decidir la mejor solución del problema.

#### **Relajación**

**Revisión y retroalimentación.** Se reforzó la expresión apropiada de los rendimientos durante la retroalimentación.

**Autoevaluación y reforzamiento.**

## **Sesión Nº5**

### **Evaluando los resultados y la utilización de planes de respaldo.**

#### **Objetivos**

1. Introducir el concepto de evaluación de los resultados de un plan.
2. Introducir el concepto de creación y utilización de un plan de respaldo
3. Modelar y reforzar la expresión apropiada de los sentimientos

#### **Procedimiento**

##### **Revisión**

**Establecer una conducta social meta. Solicitar al niño la continuación de la práctica de la expresión apropiada de los sentimientos.**

El niño modeló la expresión apropiada de un sentimiento negativo surgido de un hecho conflictivo con un compañero de clase, sin embargo la práctica puede incluir hechos hipotéticos

##### **Evaluación de los resultados**

Se estimuló al niño en el análisis de cómo sabemos que un plan en particular va a funcionar o no.

Se le preguntó cómo puede saber que está satisfecho con una alternativa en particular. Se le explicó que lo que determina en todo caso si está satisfecho con un resultado en particular es su sensibilidad a sus propios sentimientos. Se solicitó al niño que describiera sus sentimientos cuando no está satisfecho con un resultado en particular. Luego se le explicó que algunas alternativas solamente afecta sus sentimientos, y que algunos planes o problemas pueden incluir a otras personas.



El análisis de evaluar los resultados incluyó una revisión de las señales, pero en un contexto diferente. El niño tenía que pensar en las señales internas y externas que le indicaban si un plan trabaja o no. Por ejemplo, si selecciona una respuesta y su maestra frunce el ceño, ¿Qué significa?

#### **Utilización de un plan de respaldo**

Aquí se guió al niño para que asimilara la noción de que algunas veces la primera alternativa para resolver un problema tiene la posibilidad de no ser efectiva en su totalidad, no importa que tan cuidadosamente el plan haya sido meditado. Esto puede ocurrir por múltiples razones, tales como falta de cooperación por parte de la otra persona involucrada en la situación o por un cambio de circunstancias que no ha sido previamente anticipada. Aquí se utilizó ejemplos análogos al deporte. Por ejemplo, el balón pie. También se solicitó otro ejemplo que requiere un plan de respaldo. Se enfatizó que si el plan #1 no trabaja, ello era indicativo de que otra solución era necesaria.

#### **Juego de papeles utilizando un plan de respaldo.**

Se indicó al niño que representara una situación en la cual su primera alternativa o intento en la solución de problemas no era exitoso y tenía que utilizar otra estrategia. Se le señaló que tenía que prestar especial atención a sus pensamientos y autoconversación cuando efectuaba el primer plan y este no funcionaba.

#### **Relajación. Revisión y retroalimentación. Evaluación y reforzamiento**

## **Sesiones para el tratamiento de la conducta de agresión A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub> (6, 7, 8)**

**Sesión N°6**

**Manejo de la ira/frustración I.**

### **Objetivos**

- 1 Introducir la noción de que una fuerte reacción emocional puede tornarse un problema por sí mismo
- 2 Educar al niño acerca de los aspectos afectivos, fisiológicos y cognitivos de la emoción
- 3 Ayudar al niño a tomar conciencia de las señales fisiológicas y cognitivas relacionadas con la ira/frustración.
- 4 Practicar la autoafirmaciones a través de la reproducción de la ira/frustración.
- 5 Introducir el concepto de prueba de hipótesis
- 6 Modelar y reforzar la conducta de ignorar en forma apropiada.

### **Procedimiento**

#### **Revisión**

#### **Establecimiento de la conducta social meta**

Se le explicó que en ciertas situaciones es necesario conocer como ignorar la conducta irritante de los demás. Como el niño tuvo dificultad en dar ejemplos, el terapeuta presentó otros ejemplos ilustrados.

Cuando alguien está tratando de efectuar otra tarea y uno empieza con un ruido molesto. Cuando esta caminando y un desconocido le silba o le llama por un

### **Análisis de componentes de los sentimientos intensos.**

Después que el niño tenía noción del concepto de sentimientos intensos se explicó que estos tienen varias partes o componentes; que consta de una parte fisiológica y una parte cognitiva. Que la parte corporal, es como nuestro organismo reacciona a la situación y que la parte cognitiva son los pensamientos o los que no decimos a sí mismo acerca del problema.

Se anotó la parte fisiológica y la parte cognitiva en el papel periódico. Aquí se utilizó el ejemplo de cuando esta enojado como reacciona su cuerpo y que pensamientos surgen.

### **Descripción de las señales fisiológicas comunes.**

Se le solicitó al niño que mencionara las señales corporales que le suceden a una persona enojada.

Se indujo al niño que mencionara un listado de señales fisiológicas que nos indica que una persona esta enojada. Las señales que fueron identificadas por el niño fueron

- Incremento de las palpitaciones cardiacas
- Aumento de la tensión muscular (“la cara se le pone dura”)
- Aumento de la sudoración.
- Incremento del tono de voz

apodo Se estimuló al niño a que presentara autoafirmaciones que se ajustaran a la situación descrita, tales como “necesito hacer mi trabajo no lo miro a él”, “el está tratando de molestarme”, “me retiro de aquí”, “no le hago caso”

Se le recordó que recibiría puntos por el uso de extinción (ignorar) en circunstancias apropiadas

### **Presentación de conceptos de emociones intensas como problema potencial**

Se le explicó que en ciertas circunstancias el tener sentimientos intensos es muy apropiado y normal. Por ejemplo. Cuando le pasa algo a una persona que usted ama, puede sentirse muy deprimido, o sentirse muy temeroso cuando se está en una situación peligrosa. En estas circunstancias los sentimientos intensos son naturales. Se le explicó que en algunas ocasiones las personas tienen experiencias de sentimientos intensos que no son realmente adecuados a la situación.

Se presentó ejemplos de reacción exagerada que puede ocurrir tanto en el ambiente escolar como es hogar. Trajo a colación un hecho sucedido a un conocido del vecindario del paciente, por reacción a una mirada inapropiada. Aquí el niño presentó ejemplos de hechos violentos conocidos por él, especialmente de su comunidad.

### **Identificación de señales fisiológicas individuales.**

Después de que varios cambios fisiológicos fueron identificados y descritos, se enfatizó que es importante reconocer cuales son las señales fisiológicas que le suceden a cada uno en particular

### **Identificación de señales de pensamientos comunes durante la ira**

Se les explicó que ciertos pensamientos también están usualmente asociados con la ira/frustración.

- **Pensamientos de ira hacia otros:**
- “El me da rabia”
- “Quisiera romperle la cara”
- “Quisiera que le pasara algo malo”
- **Pensamiento de ira hacia tareas, lugares o cosas.**
- “Quisiera destramarle todas sus cosas”
- “Me da rabia tantas cosas para estudiar”
- “Me da ganas de meterle patadas a su maletín”
- **Pensamientos de ira hacia sí mismo**
- “A mí sólo me suceden problemas”

### **Reconocimientos de problemas. Señales de ira/frustración**

El niño realizó un juego de papeles, en la cual él se torna enojado/frustrado en una situación (jugar fútbol) El niño tenía que mencionar sus pensamientos mientras estaba actuando el problema. En esta etapa el entrenamiento de interpretación de la

situación, es una forma de reestructuración cognitiva que es de ayuda para aquellos que tienden a enojarse en forma muy impulsiva. Aquí se ayudó a cada uno a analizar como interpretar las acciones de otros. Se les explico primeramente acerca de la tendencia de llegar a conclusiones, que tienen algunos niños cuando se enojan. Que algunas personas llegan a conclusiones o piensan algunas cosas sin suficiente evidencias para sustentar las cosas, tales como asumir que otras personas tratan de lastimarlo.

**Introducir el concepto de prueba de hipótesis.**

Se empleo el ejemplo clásico que ilustra adecuadamente este coconcepto. Si está bajando la escalera y la persona es empujada, el niño que ha sido impactado puede generar un numero de alternativas para explicar porqué el otro sujeto lo ha empujado.

Las alternativas pueden incluir

“No era la intención de empujarme”

“El resbaló y accidentalmente me empujó”

“Alguien lo empujó, lo cual causó que me empujara a mí”, etc

El niño ensayó a no caer en conclusiones sin evidencias y tratar de determinar cual de las alternativas es la que más sentido tiene.

Se indujo a que pensará acerca de alternativas, tratando de llegar a evidencias que sustente cada alternativa.

Se entrenó al niño a que se dijera a sí mismo ¿Cuáles son las señales que indican que el niño me empujó con intención?

¿Cuáles son los signos que indican que el niño pudo haber resbalado accidentalmente o que pudo haber sido empujado por alguien?

**Relajación**

**Revisión y retroalimentación**

**Evaluación y reforzamiento**

**Sesión N°7**

**Manejo de la ira/frustración II**

**Objetivos:**

1. ayudar al niño reconocer al menos dos diferentes fases de confrontación del problema
- 2 Ayudar al niño utilizar la reproducción de autoafirmaciones (ejemplo, plan de mantenerse tranquilo)
- 3 Modelar y reforzar el apropiado uso de la conducta de ignorar.

**Procedimiento**

- Revisión
- Establecer la conducta social neta.
- Explicar las fases de confrontación y utilización del plan de mantenerse tranquilo

Se encontró en dos fases

“preparándose para el problema”

“forma de comportarse al inicio del problema”

El niño aprendió a identificar las dos fases y utilizar el plan de mantenerse tranquilo. “preparándose para el problema” incluye pensar sobre el problema que puede tornar a la persona enojada/frustrada y utilizar autoafirmaciones para mantenerse tranquilo. Esta fase es importante en situaciones que pueden ser anticipadas, tal como prepararse para el contacto con alguien que pueda ser provocativo o prepararse para una situación en la cual el niño sabe que puede sentirse frustrado.

Ejemplos de autoafirmaciones que el niño aprendió

“yo puedo manejar esto”

“solamente necesito recordar que debo respirar profundamente y mantenerme relajado”

“si me mantengo tranquilo, no me meteré en problemas”

“el trata que yo pierda la calma, pero yo controlo mis emociones Yo no quiero perder el control”

El listado de autoafirmaciones ante situaciones conflictivas fueron dirigidas para disminuir los signos fisiológicos en vez de incrementarlos. Ejemplo de autoafirmaciones que deben evitarse: “Ese man parece bobo quiero darle una patada”

Se le indicó al niño que diera ejemplos de situaciones en la cual podía tener tiempo para preparase para la situaciones conflictiva.

Ejemplo: “tocar mis cosas sin mi permiso”

“cuando “mentan” a mi madre”

“me patean cuando juego fútbol”



### **Forma de comportarse al inicio del problema**

Esta fase se refiere a lo que el niño se dice a sí mismo, cuando empieza a perder el autocontrol. Esta fase involucra una actividad muy difícil para tratar de mantenerse calmado.

Las autoafirmaciones fueron:

“me mantengo tranquilo”

“no voy a dejar que me saque de mis casillas”

“me estoy poniendo tenso, voy a relajarme”

“voy a contar hasta 20 antes de contestar”

“fuera la demencia”

La situación inicial utilizada para practicar las habilidades del manejo de la ira, eran lo suficientemente irritantes para presentar un reto moderado al niño, pero no tanto como para abrumar al niño y disminuir el éxito de la aplicación de las habilidades.

### **Practicar las habilidades en situaciones moderadas de estrés**

Se indujo al niño que presentara ejemplos que involucrara situaciones moderadas de enojo. Se seleccionaron las situaciones que involucrara alguna anticipación que permitiera que en la fase de confrontación del problema pudiera ser dirigida.

Situaciones presentadas por el niño fueron:

“decirle que dejen mi maletín en su lugar y él no quiere hacerlo”

“cuando me dicen un sobrenombre”

## **Procedimiento:**

### **Revisión**

Establecer la conducta social meta. Se le explicó que podía obtener puntos extras en el juego de papeles si actuaba en forma asertiva ante situaciones conflictivas y no, si actuaba en forma pasiva o agresiva.

Se le preguntó al niño que significaba responder agresivamente a la situación y luego se le solicitó que describiera que significaba ser muy pasivo (“suave”) o muy desajustado (“ñanpi”) a una situación. Se le preguntó si existía otra forma de responder que no fuese muy agresivo o no muy desajustado en una situación. Se le explicó que la otra forma o término medio de responder es la llamada asertividad. Para facilitar la comprensión de este concepto se utilizó un cuadro similar al siguiente

<u>Respuesta.</u>	<u>Agresiva</u>	<u>Asertiva</u>	<u>Pasiva</u>
Pensando en	Yo solo	Otros y yo	Los otros solamente

Se analizó con el niño que en la respuesta asertiva se considera los sentimientos de otros y los propios en una determinada situación.

Se explicó que para ser asertivo se incluye algunas conductas específicas tales como contacto adecuado o la expresión apropiada de los sentimientos.

Se indujo al niño a pensar y verbalizar una respuesta asertiva ante una situación problemática que él ha experimentado en la última semana.

Se reforzó al niño por presentar conductas asertivas en las situaciones de juego de papeles.

### **Practicar habilidades en situaciones muy estresantes**

Se seleccionó dos situaciones difíciles presentadas en sesiones previas se solicitó al niño que se imaginara realmente en la situación que estaba actuando. Se estimuló a tener los sentimientos y pensamientos que se experimenta en tal situación.

Ejemplos de situaciones seleccionadas:

- Contacto en el juego de fútbol
- 3 niños lo molestan

Cuando el niño estaba actuando se le llamó por un apodo ejemplo, “orejón” y se le congeló la actuación y seguidamente se le preguntó cómo se sentía en este punto en particular. Se descongeló la actuación y se estimuló a que utilizará los planes de mantenerse tranquilo ante una situación de estrés.

### **Preparación para la provocación**

- Esto me va enojar, pero sé como manejarlo
- Puedo controlar la situación, sé como controlarme
- Si noto que voy a enojarme sé lo que puedo hacer
- Tengo tiempo para unas respiraciones profundas de relajación. Me siento cómodo relajado y con calma.
- Es fácil, recuerda mantener el sentido de buen humor

**Cuando el conflicto está resuelto o el afrontamiento es exitoso:**

- Lo controlé bien ¡funciona!
- No era difícil como pensaba

- Pude haberme enojado mucho más
- Pude pasar por ello sin enojarme o ponerme bravo
- Mi orgullo puede meterme en problemas
- Creo que he estado enojándome demasiado, hasta cuando no era necesario

Identificar situaciones para utilizar planes para mantenerse tranquilo

**Relajación**

**Revisión y retroalimentación**

**Evaluación y reforzamiento.**

## **Sesiones para el tratamiento de la conducta: B<sub>1</sub> en el sujeto #1 (B1-9 a B1-10)**

### **Sesión B1-9**

**Resolución del problema de molestar a otros cuando tratan de efectuar una actividad.**

#### **Objetivos**

- 1 Practicar el poner atención a sus acciones y el control de impulsos de molestar a los demás
- 2 Reconocer el problema de molestar a los demás, el cual le trae problemas de relaciones interpersonales con sus compañeros

#### **Procedimiento**

Revisión de las acciones de la semana

Establecer la conducta social meta de autocontrol

Se impartió instrucciones en un grupo de 4 niños incluido el cliente en el cual, se efectuaba el juego de armar legos. El grupo decidió armar un puerto con sus barcos. Mientras un miembro del grupo intentaba concretar su imaginación. Los demás le tomaban parte de las piezas de tal manera que su actividad era interrumpida. Esta acción se fue alternando con cada uno de los integrantes del grupo.

Cada uno expresó sus pensamientos mientras era interrumpida y a la vez se anotaron en el papel periódico.

**“me tiran papel”**

**Revisión de los procesos**

Se analizó con el niño los sentimientos involucrados en el juego de papeles

**Identificación de situaciones para utilización de un plan para mantenerse tranquilo.**

Aquí el niño seleccionó una situación objetivo en el cual aplica el plan para mantenerse tranquilo y las habilidades de relajación. Esta situación se refiere aquella en la cual el niño sabe que por previa experiencia el se pone enojado.

**Relajación**

**Revisión y retroalimentación**

**Evaluación y reforzamiento.**

Sesión N°8

**Ira/frustración. Manejo III**

**Objetivos:**

- 1 Practicar el uso de habilidades de control de la ira en situaciones estresantes similares
- 3 Explicar la diferencia entre respuestas agresivas, pasivas y asertivas ante las situaciones difíciles

Los niños del grupo presentaron las consecuencias que podrían ocurrir cuando un sujeto esta tratando de efectuar una actividad o juego y es interrumpida o molestado por otro

#### **Ejemplos**

- Produce enojo en la persona y en el grupo
- Los miembros del grupo pueden actuar agresivamente hacia el que interrumpe
- Es rechazado por el grupo, por consiguiente estará aislado
- El que interrumpe se sentirá mal y a la vez podrá actuar agresivamente

En el juego de papeles los niños podían intercambiar piezas o esperar que se la ofrecieran

Se le enfatizó que no debían quitarlas o tomar las piezas de sus compañeros. Se le recordó al niño que podía obtener puntos extras cuando intercambiaba o le ofrecían piezas y perdía puntos cuando tomaba o quitaba las piezas a los demás.

**Tarea de autoregistro.** Contar las veces que ha interrumpido a sus compañeros en una actividad.

#### **Relajación**

**Autoevaluación y reforzamiento.**

## **Sesión B1-10**

### **Autocontrol II para evitar la molestar a los compañeros**

#### **Objetivos**

- 1 Ayudar al niño a practicar el reconocimiento de señales externas, ante la existencia de un problema.
- 2 Repasar el coacepto de pensar en las consecuencias

En esta fase se indujo a los niños que mostraban su descontento a través de sus expresiones faciales, postura corporal y tono de voz, cuando se les interrumpía ea una actividad o tarea a modelar Ejemplo pintar, jugar Se le preguntó a cada uno que pensaba acerca de las señales que estaba tratando de comunicar con su postura corporal o con su actitud. Se modeló ejemplos que enviaron mensajes claros y luego se les preguntaba que se estaba comunicando (ira, alegría, tristeza) de tal manera que se practicara la identificación de señales externas para facilitar la prevención de problemas interpersonales.

Utilizando el ejercicio de lluvia de ideas se le solicitó a los niños que pensará las consecuencias de interrupción en las actividades de los demás

#### **Ejemplos.**

- Se ponen bravo, me gritan o quieren pegar
- Le dicen a la maestra para que me regañe
- No quieren hablar ni jugar conmigo



Utilización de la autoconversación para el autocontrol de la impulsividad, a través de los 5 pasos de resolución de problemas

**Relajación**

**Revisión y retroalimentación**

**Autoevaluación y reforzamiento.**

## **Sesiones para el tratamiento de la conducta B<sub>2</sub> en el sujeto#2 (B2-9 a B2-10)**

### **Sesión B2-9**

**Autocontrol del impulso de quitar las cosas de los demás.**

#### **Objetivos**

- Reforzar en el niño el uso de los pasos de resolución de problemas a través de una situación específica

#### **Procedimiento**

Se estimuló al niño que expresara los hechos que provocaban que sus compañeros lo rechazaran o acusaran ante la maestra

Estos hechos fueron anotados en papel periódico

Les quita lápices, plumas o cualquier objeto que le llama la atención

Pensamientos. “No le gusta prestar, pero si le gusta pedirle a uno o coger mis cosas sin permiso”

#### **Pensar en las consecuencias.**

¿Qué ocurre si le quitas algo a tus compañeros sin pedirlo?

- Se enojan
- Le dicen a la maestra y después me regañan y hasta me mandan a la dirección.
- Me quieren pegar
- No quieren jugar conmigo o me rechazan.

### **Alternativas o “formas”**

<b>Soluciones</b>	<b>Consecuencias</b>
Solicitar primero y esperar que me presten	Es posible que sí o tal vez no me lo presten
Le empiezo a “robotear” (convencer)	Me lo da con ganas y no hay problemas
Repetirle que me lo preste en buena forma	Posiblemente me lo dé

El niño practica el plan elegido y el plan de repuesto.

### **Situaciones de juego de papeles**

- Cuando necesita algún útil escolar que no dispone en el momento
- Cuando un compañero tiene un objeto que le llama la atención (tapz, figuras, etc ).

### **Tarea de autoregistro**

- Contar cuantas veces le prestan cosas
- Contar cuantas veces quita o “arrebata”.

### **Relajación**

### **Autoevaluación y reforzamiento**

## **Sesión B2-10**

### **Control del impulso de quitar las cosas a los demás.**

#### **Esperar turno**

#### **Objetivos**

- Reforzar en el niño el uso de autoafirmaciones para el autocontrol
- Introducir el plan de colaboración.

#### **Procedimiento**

##### **Pensar en las consecuencias**

- ¿Qué puede ocurrir si no esperamos nuestro turno?
- ¿Qué puede suceder si no cumplo con la señal de alto y siga al cruzar la calle?
- ¿Qué ocurre si llego de último y quiero colarme de primero en la fila del comedor u otra actividad que requiere orden?

##### **Utilizar la autoconversación para aplicarla cuando estamos trabajando o jugando con nuestros compañeros**

¿Qué me digo a mí mismo para seguir las reglas cuando estamos trabajando o jugando con nuestros compañeros?

- Parar, pensar antes de hacer las cosas, salen mejor
- Debo mantener la calma y esperar mi turno
- Concentrarme en las señales y luego actuar.
- Trabajamos mejor si ayudo y comparto
- Me pregunto qué es lo que sigue y luego continuo con el paso.

### **Situaciones en que el sujeto se impacienta**

El niño expuso y se anotaron estas situaciones

- Cuando tardan en darle algo que pide.
- Cuando se demoran mucho en hacer algo en que tiene que esperar

### **Juegos de papeles**

- **Juego de legos:** en un grupo de 3 niños adicionales, en el que tiene que esperar que le den las piezas o solicitarla, pero no quitarlas o tomarlas
- Juego de tapz.
- Juego de canicas

### **Alternativas**

Se anotaron las alternativas en papel periódico.

Alternativas	Consecuencias
Empiezo a practicar a parte mientras llega mi turno	Puedo distraerme y no se cuando me toca
Pregunto a quién le sigo	Me concentro en ese, cuando le toca, paro y luego sigo
Realizar una actividad física o verbal leve, mientras espera turno	Así puede autocontrolar su impulsividad

### **Relajación**

### **Autoevaluación y reforzamiento**